

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 46

Des manifestations respiratoires
au cours de
la LITHIASÉ BILIAIRE
et la Cholécystite chronique non calculéuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ali CADI

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 23 Juillet 1899 à PASTEUR (Constantine)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

DES MANIFESTATIONS RESPIRATOIRES
au cours de la LITHIASÉ BILIAIRE et la CHOLÉCYSTITE
CHRONIQUE NON CALCULEUSE

Des manifestations respiratoires
au cours de
la LITHIASE BILIAIRE
et la Cholécystite chronique non calculeuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ali CADI

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 23 Juillet 1899 à PASTEUR (Constantine)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

PÉPERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIKIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	X.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	X.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
	SAVY.
	LEULIER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	DUNET.	DUFOUT.
TRILLAT.	FAVRE.	CHALIER (André).	GABRIELLE.
SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	RHENTER.	NOEL.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	MAZEL.	CHEVALLIER.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	SANTY.	DUMAS.	WERTHEIMER.
		DEVIC.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PIC, président ; PIÉRY, assesseur
DUMAS et DEVIC, agrégés.



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Trop tôt ravie à mon affection,
sa vie et son labeur resteront toujours pour moi le plus bel exemple. Je lui dédie ce modeste travail en témoignage de mon amour filial et de ma gratitude infinie.

A MON PÈRE

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

Faible témoignage de reconnaissance et d'affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC
Professeur de Clinique Médicale
Membre Correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a été donné de suivre le merveilleux enseignement clinique de ce Maître bienveillant, dont l'amabilité à notre égard ne s'est jamais démentie. Nous le remercions du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse et nous le prions d'accepter l'hommage de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR
Médecin des Hôpitaux
Chef du Laboratoire de Thérapeutique

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse, et nous a réservé le meilleur accueil dans son service. Nous le remercions de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et l'assurons de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. DELORE

Chef de Clinique Médicale

Il n'a pas cessé de nous prodiguer ses encouragements et ses conseils au cours de ce travail; il a bien voulu nous associer à ses recherches biologiques et ne nous a ménagé ni son temps ni son expérience. Nous n'oublierons pas la dette de reconnaissance que nous avons envers lui et nous le prions de croire à notre gratitude et à notre dévouement.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR AUDOUY

Médecin des Hôpitaux Militaires

Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a toujours conseillé et encouragé durant nos années d'études à l'Ecole de Santé. Nous n'oublierons pas les marques de bienveillante sympathie qu'il nous a prodiguées en plusieurs circonstances et nous le prions de croire à notre respectueuse affection.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DES MANIFESTATIONS RESPIRATOIRES
au cours de la LITHIASÉ BILIAIRE et la CHOLÉCYSTITE
CHRONIQUE NON CALCULEUSE

Introduction

Le but que nous nous sommes proposé dans cette étude, est d'attirer l'attention sur l'importance et la fréquence des manifestations pulmonaires liées à une atteinte des voies biliaires, lithiasé ou cholécystite chronique non lithiasique, ainsi que la difficulté de leur diagnostic.

Il est, en effet, peu de notions qui soient aussi mal connues que celle de ces réflexes vésiculo-pulmonaires qui peuvent parfois se grouper en un faisceau de symptômes tel, qu'il masque l'affection biliaire causale et fait penser à une affection pulmonaire primitive, la tuberculose par exemple. Quand on cherche dans la littérature médicale ce qui a été écrit, non plus sur la lithiasé et ses complications, mais sur les réflexes pulmonaires consécutifs, on est surpris de constater qu'en somme, nos connaissances sur ce sujet sont encore peu précises.

On n'a pas encore, semble-t-il, individualisé ces formes, dans lesquelles la lithiasé est plus ou moins

latente, alors que les troubles respiratoires prennent le pas, permettant même, dans certains cas, l'individualisation des formes pulmonaires de la lithiase ; c'est à l'illustration et à la justification de ces cas, que ce travail est consacré.

Il nous a été rendu possible par les observations que M. le Docteur Bonnamour a bien voulu mettre à notre disposition. A la tête d'un important service de tuberculeux, M. le Docteur Bonnamour a pu constater depuis longtemps la réalité de ces formes pulmonaires de la lithiase, ainsi que les erreurs de diagnostic, parfois grossières, qui s'attachaient à elles.

Le plan que nous adoptons est le suivant : au cours d'une première partie, qui sera analytique, nous étudierons isolément les accidents respiratoires observés au cours des manifestations paroxystiques et chroniques de la lithiase biliaire ; puis, dans une étude synthétique, nous montrerons comment ces manifestations peuvent se grouper en différentes formes cliniques. Nous serons amené tout naturellement à envisager le diagnostic de ces cas ; enfin nous verrons l'importance d'un traitement étiologique.

Il nous a paru légitime de mettre sur le même plan que la lithiase biliaire, la cholécystite non lithiasique. Nous pensons, en effet, que cette dernière peut, aussi bien que la lithiase, comporter des manifestations respiratoires.

Historique

L'atteinte du poumon, au cours des manifestations paroxystiques et chroniques de la lithiase biliaire, a été signalée pour la première fois par GUÉNEAU DE MUSSY : « Avec la congestion hépatique, qui accompagne très souvent les coliques, écrit-il, j'ai plusieurs fois observé, une complication qui mérite d'être signalée; c'est un état congestif à la base du poumon droit, attesté par des râles crépitants fins et nombreux, de la toux, de la fièvre, une expectoration gommeuse. Cette congestion est restée limitée à la base du poumon, a disparu après deux ou trois jours de durée, sous l'action de ventouses scarifiées et de vésicatoires. Ce n'était pas évidemment une combinaison fortuite de pneumonie et de colique hépatique, c'était une congestion limitée, passagère, connexe à l'irritation et la congestion hépatiques et disparaissant avec elles ; exprimant dans un ordre inverse, cette solidarité entre le foie et le poumon dont témoigne l'extrême fréquence des congestions hépatiques dans les pneumonies. »

En 1880, FABRE (de Marseille) confirme l'existence de ces congestions pulmonaires ; quelques années plus tard, ORD, au Congrès Médical de Londres, rap-

porte plusieurs observations ; dans sa thèse d'agrégation, Mossé, étudie les accidents pleuro-pulmonaires de la lithiase.

En 1891, MAS, dans sa thèse inaugurale, signale la grande fréquence de ces accidents et en donne une étude pathogénique basée sur la théorie des synergies morbides de POTAIN; d'après lui, le réflexe qui constitue les accidents d'origine hépatique, se passe tout entier dans le domaine du grand sympathique.

Une étude clinique, avec de nombreuses observations à l'appui, est faite par STERNE, en 1895; sa classification, bien qu'incomplète, est aujourd'hui admise par tous les auteurs.

Un silence de plusieurs années se fait autour de la question, et ce n'est qu'en 1910, qu'elle occupe de nouveau l'attention des médecins.

GILBERT et LEREBoullet étudient la « toux hépatique », déjà signalée en 1883, par le Docteur TRASCOUR, de Nantes.

LAFON, dans son travail d'ensemble sur la lithiase sénile, adopte la classification de STERNE et insiste sur la fréquence des formes frustes en général, et des formes pulmonaires en particulier.

Enfin, dans ces dernières années, Félix RAMOND, PARTURIER et CASTAIGNE étudiant cliniquement et radiologiquement les réflexes respiratoires d'origine vésiculaire, constatent, au cours de la lithiase et de l'ictère catarrhal, une diminution très nette du murmure vésiculaire à la base du poumon droit, soit par limitation réflexe de la courbe du diaphragme droit, soit par contracture des muscles bronchiques droits.

FERRARI insiste, dans sa thèse, sur la pathogénie de la diminution du murmure vésiculaire ou signe de RAMOND, et met en évidence le rôle du pneumogastrique droit sur la contraction des fibres de Reisserssen et la diminution consécutive du calibre de la bronche droite.

Etude analytique

I. — Données classiques

Au cours des manifestations paroxystiques de la lithiase biliaire, c'est-à-dire au cours de la colique hépatique, certains accidents respiratoires, mis sur le compte d'une action réflexe, peuvent survenir et constituer une complication plus ou moins grave de l'accès.

Bien que signalés par les classiques, il nous a semblé qu'ils devaient être à nouveau précisés par une étude analytique de chacun d'eux; les observations que nous apportons de malades envoyés dans les services de tuberculeux et atteints simplement de lithiase fruste masquée par des phénomènes pulmonaires réflexes, les acquisitions récentes dues aux recherches de F. RAMOND et PARTURIER montrent toute l'importance de la question et le grand intérêt qu'il faut accorder à ces manifestations respiratoires réflexes.

I.— L'accident le plus fréquent est la DOULEUR THORACIQUE POSTÉRIEURE DROITE. Elle accompagne d'une façon à peu près constante, l'accès de colique hépatique; d'intensité variable d'un sujet à un autre, elle siège à la pointe de l'omoplate droite ou légèrement au-dessous et en dedans, vers les dernières vertèbres dorsales; parfois, elle est ressentie dans la fosse sus-épineuse, mais le plus souvent, et nous insistons sur ce fait, elle siège à *l'extrême base thoracique*. Elle est intermittente et des écarts de régime peuvent la faire apparaître.

Son importance, déjà signalée par BUDD a été confirmée par CHARCOT qui la considère comme « plus nette et moins théorique que la douleur vésiculaire ». L'auscultation ne révèle aucun signe de congestion pulmonaire ou d'inflammation pleurale pouvant l'expliquer. En dehors de la crise hépatique franche, la douleur basale droite est souvent l'unique traduction de la lithiase biliaire.

II. — Une manifestation respiratoire beaucoup plus importante, est la CONGESTION PULMONAIRE, signalée par GUÉNEAU DE MUSSY. Limitée à la base droite, passagère, elle se traduit à l'auscultation par des râles crépitants fins et nombreux et quelquefois par des signes d'inflammation pleurale (MOSSÉ).

Quel est le mécanisme de cette congestion ? Une atteinte pathologique d'un organe, dit POTAIN dans son travail sur les synergies morbides, retentit sur les organes voisins, selon trois mécanismes différents :

Par propagation,

Par infection,

Par intervention du système neuro-végétatif.

La *propagation* a lieu soit par continuité, soit par contiguïté ; le premier mode est à rejeter, puisqu'il n'existe aucune relation anatomique entre les capillaires pulmonaires et les capillaires hépatiques ; quand au second, il semble jouer un rôle assez important : la faible barrière diaphragmatique, l'harmonie inflammatoire des viscères, semblable à celle des séreuses, le voisinage du foie hyperémié, sont autant d'arguments pour expliquer l'atteinte exclusive du poumon droit.

Que penser maintenant du rôle de *l'infection* ? S'agit-il là de congestion pulmonaire, due à une infection secondaire par un microbe non encore identifié ou n'est-ce pas tout simplement, ainsi que le pensent GILBERT et LEREBoullet une infection à distance, dont le point de départ serait vésiculaire ? Il est légitime de penser que dans bien des cas, l'infection des voies biliaires a été le point de départ de l'infection pulmonaire ; dans la fièvre de ces sujets, il faut peut être faire intervenir davantage l'angiocholite ou la cholécystite que la pneumopathie.

Par contre, *l'intervention du système neuro-végétatif*, nous semble logique. Mossé a, le premier, parlé de « *l'origine réflexe* » des accidents pleuro-pulmonaires consécutifs à la lithiase biliaire ; cette idée fut confirmée par les travaux de MOREL, ARLOING, PETER, FABRE, BARIÉ, SIMANOVSKY.

Aujourd'hui, on admet que le réflexe part de la muqueuse vésiculaire ou cholédocienne, excitée par le contact du calcul, emprunte les filets sympathiques

jusqu'au bulbe et se réfléchit vers les poumons par la moelle et les filets sympathiques. Par suite de la contraction réflexe des capillaires de l'artère pulmonaire, l'ensemble de la petite circulation contient une quantité de sang moindre qu'à l'état physiologique; le système des vaisseaux bronchiques se trouve surchargé et de cette stagnation peuvent résulter des congestions **intenses**.

III.— Un autre trouble pulmonaire, très important, au cours de la colique hépatique est l'HÉMOPTYSIE. POTAÏN, BARIÉ avaient attiré l'attention des médecins sur cet accident.

L'observation suivante, rapportée par CASSOUTE, est édifiante à ce sujet.

M. L..., âgé de 40 ans; pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou personnels; un de ses frères a eu des coliques hépatiques. Lui-même est pris, le 7 janvier, à la suite de plusieurs bons repas de la Noël et du jour de l'An, d'une colique hépatique des plus violentes. Tous les calmants employés en pareille circonstance, morphine à hautes doses, pilules de belladone, restent sans effet.

Dès le début de la crise, apparaît une anxiété respiratoire insolite, une sensation vive d'étouffement, avec tendance à la cyanose et au refroidissement des extrémités. Le pouls est petit, l'auscultation ne révèle aucun signe anormal au cœur et aux poumons. L'air pénètre même très librement dans les alvéoles et à la période initiale de cette crise, on ne perçoit aucun râle.

Le lendemain matin, en présence de l'intensité persistante de la douleur, nous ordonnons un grand bain tiède prolongé qui augmente tout d'abord l'angoisse res-

piratoire d'une façon telle que le malade demande à sortir de la baignoire. Nous insistons pour qu'il y reste une heure environ, et un soulagement remarquable ne tarde pas à se produire. Dans la soirée, M. L... expectore, pour la première fois, quelques *crachats striés de sang*, et l'auscultation décèle alors des râles sibilants disséminés avec des crépitants très fins à la base droite.

Dans la nuit du 8 au 9, l'*hémoptysie* augmente, et toutes les heures environ, une quinte de toux amène deux ou trois crachats franchement sanguins. En même temps se produisent des *douleurs hépatiques*, dues au passage de quelques graviers ou de boue biliaire; ces douleurs sont, en effet, de peu de durée, mais assez intenses cependant, pour nécessiter, dans la matinée du 9, un second bain. A ce moment, les râles fins constatés déjà la veille, sont plus nets et bien localisés à la *base droite*. A gauche, la respiration est normale dans toute l'étendue du poumon. Pendant la durée de la crise, la température ne dépasse pas 38°2.

Les jours suivants, tout semble rentrer dans l'ordre; l'hémoptysie diminue insensiblement, le foie est seulement endolori et les râles fins de la base droite ont presque disparu.

Le 11, croyant notre malade complètement rétabli, nous lui prescrivons à notre dernière visite le traitement diététique et hygiénique du calculeux; le 12, M. L..., qui n'a plus aucune douleur et n'a plus craché de sang, sort et vient nous voir au cabinet; mais le 13, dans l'après-midi, une *nouvelle crise de colique hépatique* survient plus intense encore que la première. La douleur, bien localisée à l'hypocondre droit avec irradiations épigastrique et scapulaire est atroce.

La morphine en injections sous-cutanées et à hautes doses, associée à l'extrait de belladone en pilules, ne donne aucun soulagement; l'angoisse respiratoire a reparu dès le début de la crise, suivie de près d'une

hémorragie beaucoup plus abondante que la première. Le lendemain matin, le malade était encore en pleine crise, un bain est ordonné qui produit presque immédiatement la cessation des phénomènes douloureux, mais l'hémoptysie continue.

L'absence de tout antécédent tuberculeux et de toute cardiopathie, les signes d'auscultation nuls au cœur et aux deux sommets, la localisation par contre des râles à la base droite coïncidant avec l'hémoptysie et la colique hépatique, la disparition de ces deux symptômes après la première crise, nous avait fait établir une relation pathologique entre le foie et le poumon; néanmoins en présence de la rareté du fait et des alarmes de la famille, nous fîmes appeler le Professeur L... qui, quoique n'ayant jamais observé l'hémoptysie au cours d'une colique hépatique, confirma entièrement notre diagnostic.

Les suites furent beaucoup plus longues que celles de la première crise, entretenues sans doute, par quelques courts accès douloureux, coïncidant avec l'expulsion des calculs peu volumineux ou tout simplement de la boue biliaire. L'expectoration passa du rouge vif à la coloration jus de pruneaux et les râles de la base droite ne disparurent définitivement que dans les premiers jours de février. M. L... est à l'heure actuelle complètement guéri.

Comment expliquer tous ces symptômes, quelle pathogénie invoquer ? BARIÉ, appliquant à la clinique, les résultats des expériences de CHAUVEAU, ARLOING et MOREL sur les animaux, avait émis la théorie de la stagnation, à savoir que sous l'excitation partie de la vésicule, les capillaires pulmonaires se resserrent, l'ensemble de la petite circulation contient une quantité de sang moindre qu'à l'état physiologique ; au

contraire, le système des vaisseaux bronchiques se trouve surchargé et il peut en résulter une sorte de stagnation qui prédispose aux ruptures vasculaires et aux hémorragies bronchiques.

Mais, ainsi que le fait remarquer CASSOUTE, s'il est vrai que l'ensemble de la petite circulation contient une quantité de sang moindre, la tension, par contre, y est très élevée (ARLOING) et rien ne prouve que la surcharge des vaisseaux bronchiques amène une tension supérieure à celle qui existe dans le système pulmonaire, et la stagnation seule paraît insuffisante pour provoquer l'hémoptysie.

Une autre théorie se base sur l'analogie entre certains phénomènes cardio-pulmonaires d'origine hépatique et ceux provenant de l'embolie de l'artère pulmonaire ; il y aurait formation de circulation supplémentaire, de « fluxion collatérale » ; cette circulation peut prendre une activité telle que les capillaires, trop distendus, se rompent et produisent de petites hémorragies rejetées par l'expectoration.

Il est plus simple d'admettre que l'excitation des voies biliaires amène la contraction des capillaires pulmonaires et, par suite, un excès de tension dans tout le territoire de l'artère pulmonaire ; soumis d'une part à cet excès de pression, ne pouvant, d'autre part, se dilater par suite de l'action vaso-constrictive, ces capillaires se rompent et donnent naissance à l'hémoptysie.

IV. — Nous signalerons enfin comme trouble pulmonaire, au cours de la colique hépatique, l'ANGOISSE RESPIRATOIRE avec cyanose et refroidissement des extrémités.

La dyspnée est parfois très intense et revêt alors le caractère asthmatiforme; elle annonce l'accès de colique hépatique ou apparaît en même temps que lui. La palpation de la région vésiculaire peut quelquefois lui donner naissance.

La pathogénie de cette dyspnée a été très discutée; d'après PARTURIER, elle serait due à un choc colloïdo-clasique qui déclanche en même temps et l'accès de colique hépatique et la dyspnée.

Toutes les manifestations pulmonaires que nous venons d'étudier au cours de la colique hépatique, sont d'un intérêt restreint, notamment au point de vue du diagnostic, car la lithiasie biliaire est évidente et son diagnostic s'impose. Il n'en est pas de même des manifestations survenant chez des lithiasiques, en dehors de tout épisode paroxystique; passant parfois au premier plan, elles masquent la maladie causale et la relation n'est alors plus évidente; c'est pour cela que leur connaissance est beaucoup plus récente, et leur intérêt bien plus grand.

II. — Données récentes

Les données récentes portent sur les manifestations respiratoires au cours de la lithiase biliaire chronique, et de la cholécystite chronique non calculeuse.

Nous retrouvons là également le point de côté basal droit, la congestion passagère et parfois quelques crachements de sang; on observe fréquemment aussi, l'impossibilité de la respiration profonde, due à la douleur ou à un déséquilibre fonctionnel du diaphragme.

Un autre phénomène pulmonaire, bien plus important et maintes fois observé est la TOUX HÉPATIQUE.

Bien étudiée par GILBERT et LEREBoullet, elle fut signalée pour la première fois, vers 1880, par TRASCOUR : « Si on a décrit une *toux gastrique*, dans l'hystérie, la chlorose, pourquoi, dit cet auteur, ne pas admettre, par analogie, une *toux hépatique* ».

Cette toux est soit *provoquée* par la palpation de la vésicule au cours de l'examen médical, par la flexion des cuisses sur l'abdomen ou par un geste brusque du bras droit, soit *spontanée* à la suite d'un repas ou quelques heures après.

Dans l'un et l'autre cas, elle se présente sous l'un

des trois types cliniques suivants que nous schématisons à dessein, pour en dégager les caractères essentiels :

1° Toux légère, saccadée, sans aucune expectoration ; peu gênante, elle peut passer inaperçue.

2° Toux quinteuse, impérieuse, douloureuse par ébranlement de la vésicule, fatigante.

3° Toux à grandes quintes coqueluchoïdes, suffocantes, violentes, pénibles, avec parfois une expectoration assez abondante.

Le mécanisme de cette toux est très discuté. FRANÇOIS FRANK, STACKLER, MOREL et ARLOING pensent que le réflexe d'origine vésiculaire, détermine le resserrement des vaisseaux pulmonaires ; l'ischémie consécutive amène de la dyspnée, de l'étouffement et une expiration brusque, c'est-à-dire de la toux.

Aujourd'hui, à la suite des travaux de SERGENT, CASTAIGNE, PARTURIER sur la pathologie du diaphragme, il est admis qu'il s'agit d'un véritable réflexe vésiculo-phrénique qui agite le diaphragme de contractions spasmodiques et crée ainsi la toux hépatique.

Un nouveau symptôme respiratoire, de grande importance diagnostique, vient d'être décrit, après une étude clinique et radiologique parfaite par F. RAMOND.

Lorsqu'on ausculte un malade atteint d'une affection irritative des voies biliaires, on constate, le plus souvent, que le *murmure vésiculaire est aboli ou sensiblement diminué à la base droite*, parfois même sur toute la hauteur du poumon ; il faut ausculter sur la ligne axillaire postérieure, un peu au-dessous

de la transversale passant par la pointe de l'omoplate, puis porter son oreille du côté symétrique, le malade respirant d'abord doucement puis fortement.

A l'examen radioscopique, dans un assez grand nombre de cas, le diaphragme présente un *aspect nivelé*, ses parties droite et gauche sont ramenées sur le même plan, comme si le dôme hépatique, normalement plus élevé, s'abaissait par une contracture réflexe locale.

Si pendant l'examen, on exerce une pression sur la région vésiculaire, quatre éventualités peuvent se produire :

1° Pas de modifications appréciables de l'état primitif.

2° Extension de la contracture aux muscles intercostaux; il se réalise alors une sorte de tétanisation de la base thoracique ; les efforts inspiratoires n'ont plus d'efficacité que dans les deux tiers supérieurs du poumon.

3° Crise de toux pénible (toux hépatique) continue et ne comportant que de petites secousses diaphragmatiques.

4° Crise de toux peu douloureuse, avec grandes secousses diaphragmatiques.

De telles modifications dans l'aspect radiologique du diaphragme, lors de la pression vésiculaire, peuvent être interprétées en faveur d'un état pathologique de la vésicule mais ne peuvent expliquer le signe respiratoire de RAMOND, car elles ne s'observent que dans peu de cas (10 %, RAMOND).

Disséquant ce signe, FERRARI, après avoir écarté

l'influence d'une congestion, même légère, du poumon, et l'action des muscles respiratoires extrinsèques, n'envisage que celle des muscles bronchiques. Une diminution de calibre de la bronche restreindra le débit respiratoire et affaiblira le murmure vésiculaire; c'est là une conséquence de la loi de POISEUILLE connue en physique : le débit d'un fluide parcourant un tuyau est proportionnel à la quatrième puissance du diamètre du tuyau.

En définitive, il s'agit d'un réflexe partant vraisemblablement de la muqueuse vésiculaire ou cholédocienne, n'intéressant pas sensiblement la musculature respiratoire extrinsèque, mais agissant par l'intermédiaire du pneumogastrique droit, sur les fibres de Reissessen dont la contraction, rétrécissant le calibre de la bronche, diminue dans des proportions considérables le débit de l'air inspiré.

Les observations suivantes, rapportées par F. RAMOND et PARTURIER, FERRARI, illustreront les données que nous venons d'étudier :

OBSERVATION I

Pression vésiculaire. — Tétanisation de la base droite sans toux.

Mlle J..., 22 ans; mal réglée (menstruation irrégulière et douloureuse), fièvre typhoïde à douze ans, était en bonne santé quand, il y a deux ans, elle eut sa première colique hépatique, violente, avec fièvre et ictère. Après deux mois et demi de soins, elle fut complètement guérie et suspendit tout traitement. Il y a un mois,

étant au bord de la mer, nouvelle crise avec poussée hémorroïdaire.

Examen : Subictère, pas de ptose.

Foie de volume normal. Point phrénique droit douloureux. Rate percutable, une petite hémorroïde encore visible. Vésicule palpable et douloureuse.

Radioscopie : Tube digestif normal. Le diaphragme droit est au repos, à peu près au même niveau que le gauche, mais le jeu thoracique est aussi ample à droite qu'à gauche ; à la suite d'une pression sur la vésicule, qui est très douloureuse, le côté droit s'immobilise dans sa moitié inférieure. Après une série de compressions vésiculaires, le côté gauche s'immobilise à son tour et la malade ne respire plus que par la partie inférieure de ses deux poumons. L'auscultation fait constater une diminution du murmure aux deux bases.

OBSERVATION II

Pression vésiculaire. — Crises de toux très douloureuses avec tétanisation de la base droite thoracique.

Mlle D..., 35 ans, institutrice.

Bronchite vers 17 ans, séjour à la campagne où elle vit depuis lors, considérée comme guérie des voies respiratoires.

Long passé dyspeptique avec crises douloureuses sous-hépatiques réglées par la menstruation qui est normale par ailleurs, et par le genre d'alimentation : graisses et œufs sont particulièrement nocifs. Ces crises qui, depuis six mois environ, augmentent de fréquence et de violence, s'accompagnent maintenant de quintes d'une *toux sèche sans expectoration*.

Examen. — Personne grande, n'a jamais été de forte corpulence, mais aurait maigri un peu depuis quatre à

cinq mois, un peu de subictère. Ptose abdominale et rénale du côté droit. Foie déborde de un travers de doigt le rebord costal. Rate percutable sur deux travers de doigt. Hémorroïdes internes. La pression sur la vésicule biliaire réveille une douleur très vive; la malade s'arrachant à l'examen, s'assied vivement sur son lit et se met à tousser. L'auscultation révèle une submatité nette du sommet gauche qui respire moins bien que le droit. A droite, on trouve le signe typique de Ramond : abolition du murmure à la base.

Radioscopie. — Obscurité du sommet gauche qui ne s'éclaire pas très bien à la toux. Trainées d'ombre correspondant aux régions ganglionnaires.

Le diaphragme droit est nivelé. Si l'on exerce une pression sur la région vésiculaire, elle est suivie de l'immobilisation non seulement du diaphragme, mais aussi de la paroi thoracique, et les efforts de toux n'éclairent que le tiers ou les deux tiers supérieurs du poumon droit.

OBSERVATION III

Pression vésiculaire : Crises de toux peu douloureuses sans tétanisation de la base thoracique.

Mlle F..., 27 ans; bien portante jusqu'en 1918, a commencé à maigrir depuis une grippe sévère à forme gastro-intestinale bien soignée et guérie. Elle se plaint aussi de lourdeur et pesanteur, de mauvaises digestions avec parfois vagues malaises dans la région sous-hépatique. Souvent, après le repas, au moment où ces troubles sont le plus accusés, elle est prise de toux quinteuse, toux qui, d'ailleurs, a diminué en fréquence et en intensité, depuis qu'elle porte un corset (Faucher), seul traitement qu'elle ait accepté de façon continue,

Examen. — Assez bon aspect, subictère léger. Ptose abdominale accentuée. Le rein droit est senti. Clapotage étendu après le petit déjeuner. Foie un peu gros. Légère sensibilité du point phrénique droit de Chauffard. Vésicule biliaire sensible : sa compression déclanche une forte quinte d'une toux ample qui secoue tout le thorax et l'abdomen de la malade.

Radioscopie. — Diaphragme droit très peu élevé par rapport au diaphragme gauche. La pression vésiculaire détermine un nivellement complet et la toux éclate avec de grandes excursions du diaphragme et du thorax.

OBSERVATION IV

Mlle X..., 19 ans; souffre de troubles digestifs depuis un an et demi, une jaunisse de quinze jours à la suite d'une crise douloureuse en ceinture; à part cette crise, la malade éprouve plutôt des malaises que des douleurs vraies à la suite des repas, surtout des repas lourds : aliments gras, foie gras, salade, vin; c'est d'abord une lourdeur générale avec somnolence, puis une pesanteur désagréable dans l'hypocondre droit; maximum des accidents, trois heures après la fin du repas. A ce moment, elle se met à tousser et la toux apparaît d'autant plus constamment et avec d'autant plus de force que la malade est plus serrée de son corset. C'est pour éviter la toux bien plus que la gêne sous-hépatique que dans ces derniers temps elle a renoncé à en porter.

Examen. — Jeune fille bien développée, de santé en apparence excellente, bien réglée. Le foie déborde de un travers de doigt et demi. Le point cervical droit, point phrénique de Chauffard, est douloureux. On trouve la vésicule saillante d'environ 3 centimètres et très sensible, sa pression déclanche une quinte de toux sèche et

brève. Toux qui se reproduit spontanément quand on fera passer la malade de la position couchée à la position assise ou debout.

Radioscopie. — Montre un état normal des poumons et du tube digestif, à cela près que le diaphragme droit est *nivelé*. La pression vésiculaire immobilise toute la base droite du thorax, les petites secoues de toux éclairent les deux tiers supérieurs du poumon.

OBSERVATION V

Mme R..., 35 ans, entre à l'hôpital pour troubles gastriques. Ces manifestations consistaient d'abord en douleurs peu intenses siégeant dans la région stomacale et ne sont devenues véritablement gênantes qu'il y a six mois, se traduisant alors par des brûlures et des crampes survenant irrégulièrement au cours de la journée; elles étaient accompagnées de renvois gazeux et de nausées, mais jamais de vomissements.

Depuis un mois, l'état gastrique s'aggrave : au tableau des crises antérieures s'ajoutent un frisson initial et une douleur en barre au niveau de l'estomac. Après la crise, douleurs irradiées dans le dos et les épaules; quelquefois douleur brève et vive en coup de couteau entre les deux omoplates.

A l'examen. — Points xyphoïdien et épigastrique douloureux. Point sous-costal gauche sensible. Manœuvre de Murphy et Abrahams positives. *Affaiblissement du murmure vésiculaire à la base droite.*

Une intervention pratiquée permet de constater une vésicule rétractée, de coloration plus blanche que la normale, contenant une bile très noire; aucun calcul ni dans la vésicule ni dans le cholédoque.

Depuis l'opération, *le signe respiratoire a disparu.*

OBSERVATION VI

Mme L..., 40 ans, entre à l'hôpital pour troubles gastriques. Depuis 20 ans environ, elle présente immédiatement après les repas et pendant deux heures, des bouffées de chaleur, des étourdissements avec lourdeur et tiraillement au creux épigastrique. Depuis deux ans, ces phénomènes s'aggravent et d'autres troubles surviennent : les douleurs sont plus vives et apparaissent à une époque plus éloignée des repas que précédemment. Actuellement, la malade éprouve de l'anorexie pour les graisses.

Elle tousse et crache depuis trois mois et ses expectorations sont actuellement abondantes; elle aurait maigri de 20 kilos.

A la palpation, on constate un point épigastrique et un point cœliaque douloureux, un hypocondre gauche sensible. Respiration un peu soufflante sur toute la hauteur du poumon droit, *sauf à la base où règne un silence absolu* sans modification de la tonalité à la percussion.

OBSERVATION VII

Mme Ch..., 47 ans, a présenté il y a un an, un ictère avec pigmentation de la peau, matières décolorées et urines vertes ; huit jours plus tard, elle ressent de grandes douleurs en ceinture avec un prurit intense; la pigmentation de la peau s'atténue sans disparaître. Depuis cette époque, elle fait de nouvelles poussées d'ictère avec pigments et sels biliaires dans les urines, frissons mais sans fièvre.

A son entrée à l'hôpital, elle ne s'alimente que d'un peu de lait et aurait maigri de 26 kilos en deux ans. Elle se sent très fatiguée, n'éprouve pas, à proprement parler, de douleurs, mais une sensation de pesanteur abdominale.

Palpation douloureuse dans la zone pancréatico-cho-lédocienne.

Diminution du murmure vésiculaire à la base droite.

La malade a présenté à 32 ans et à 40 ans des crises de colique hépatique.

A l'intervention chirurgicale, rien à la vésicule, le cholédoque est gros comme le pouce et contient un calcul de la grosseur d'une noisette.

OBSERVATION VIII

(DUBOIS)

Mme R..., âgée de 43 ans, entre pour douleurs dans l'hypocondre droit, accompagnées de fièvre.

Dans les antécédents, première crise à 41 ans. La malade est réveillée dans la nuit par une violente douleur dans l'hypocondre droit, douleur qui dure quatre à cinq jours et se calme insensiblement, douleur accompagnée de fièvre et de subictère. Ni vomissements, ni nausées. Deuxième crise un an plus tard, identique à la première. Dans l'intervalle des deux crises, pesanteur au niveau de l'hypocondre droit et troubles digestifs.

A l'examen. — Abdomen souple. Toute la région de l'hypocondre est douloureuse. On parvient à accrocher le foie qui déborde les côtes de deux travers de doigt. *Abolition complète du murmure vésiculaire à la base droite* avec légère submatité. Radio négative. Urines : urobilinurie.

Etude synthétique

Formes cliniques

Chez certains malades, les signes pleuro-pulmonaires sont à tel point prédominants, ou se groupent de telle façon qu'ils peuvent cacher plus ou moins la lithiase et même suffire à individualiser certaines formes cliniques ; ceci est particulièrement vrai chez le vieillard, car la lithiase biliaire, par elle-même, est très souvent latente chez lui et se manifeste par des troubles morbides aussi variés que frustes. Le diagnostic étiologique est parfois très délicat et c'est pourquoi, chez le vieillard, il faut penser souvent à une affection fruste de la vésicule ; « *on n'y pense jamais assez* », dit LÆPER ; en effet, la sensibilité de la région vésiculaire révélée par la palpation, la recherche systématique, tant clinique que biologique, des signes de la lithiase biliaire, permettent de rattacher à leur véritable origine tous ces troubles disparates, d'éviter, par exemple, le pronostic très grave

d'une pneumopathie chez le vieillard et surtout d'instituer une thérapeutique rationnelle et efficace.

L'aspect clinique des formes pulmonaires de la lithiase biliaire et de la cholécystite chronique non lithiasique, est assez varié.

STERNE distingue :

- 1° La forme de pleurodynie,
- 2° La forme de congestion pulmonaire,
- 3° La forme de broncho-pneumonie.

PARTURIER décrit la forme asthmatique, dans une étude parue il y a peu de temps.

Nous avons eu l'occasion dans les différents services hospitaliers, et notamment dans le service de M. le Docteur Bonnamour, d'étudier deux autres formes, non décrites jusqu'à présent et dont nous rapportons plus loin les observations :

- 1° La forme pleurale,
- 2° La forme pseudo-tuberculeuse.

De telle sorte que nous proposons la classification suivante, qui synthétise en quelque sorte, toute la question :

- 1° Forme de pleurodynie,
- 2° Forme de pleurésie sèche,
- 3° Forme de congestion pulmonaire,
- 4° Forme de broncho-pneumonie,
- 5° Forme asthmatique,
- 6° Forme pseudo-tuberculeuse.

Forme de pleurodynie

C'est la forme la plus bénigne et la plus fréquente; elle est constituée essentiellement par une douleur

qui peut siéger soit à la pointe de l'omoplate, soit, le plus souvent, à l'extrême base thoracique. Elle survient d'une façon intermittente et des écarts de régime peuvent la faire apparaître.

A l'auscultation, on ne perçoit aucun signe de congestion pulmonaire ou d'inflammation pleurale ; par contre, on note un affaiblissement du murmure vésiculaire résultant de la diminution de l'amplitude thoracique sous l'influence de la douleur.

On a tendance, le plus souvent, à faire le diagnostic de névralgie intercostale, mais les anamnestiques, le siège de la douleur en dehors de l'émergence des nerfs et l'examen général du malade, surtout au point de vue hépato-biliaire, comme nous le verrons au chapitre du diagnostic, permettent de ramener cette forme à sa véritable étiologie.

Forme de pleurésie sèche

Cette forme n'est que l'exagération de la précédente. Chez un sujet jusqu'alors bien portant, se développent, d'une façon insidieuse, des symptômes à allure pleurétique, pouvant en imposer pour une imprégnation pleurale bacillaire. Le point de côté est plus net, plus constant, plus intense que dans la forme précédente ; il siège à la base droite et son intensité rend parfois l'inspiration profonde presque impossible. A l'auscultation, on note *la diminution du murmure vésiculaire*, et parfois des *frottements pleuraux* avec leur rythme ordinaire de va et vient et leur timbre râpeux ; une fièvre à grandes oscilla-

tions, due sans doute à de l'angiocholite, l'amaigrissement progressif, viennent compliquer le tableau clinique et en imposer pour une atteinte pleurale. Cependant, des troubles digestifs caractérisés par de l'anorexie et du dégoût pour les graisses, l'apparition fortuite d'un ictère déclanché le plus souvent par un régime fortifiant (œufs, huile de foie de morue), le passé hépatique du malade, attirent l'attention du médecin et l'orientent vers l'exploration du foie et de la vésicule; cette exploration révèle, en effet, une lithiasse fruste, non diagnostiquée et l'atteinte pleurale n'en est qu'une conséquence; d'autre part, le traitement ordinaire de la lithiasse influence d'une façon très notable tous ces symptômes qui disparaissent en quelques jours.

L'observation suivante, due à l'obligeance de M. le Docteur P. DELORE nous semble démonstrative.

OBSERVATION IX

M. X..., docteur en médecine, étant au front en 1916, présenta des *troubles digestifs*, surtout intestinaux : diarrhée, etc..., et de l'altération de l'état général : amaigrissement marqué, fièvre entre 37°5 et 38°5. Anorexie.
Point de côté persistant à la base droite.

Ces phénomènes durent un mois; aucun traitement, étant donné les conditions particulières dues à la guerre.

Lors d'une permission, le docteur X... consulte un confrère qui, lui trouvant de l'*obscurité respiratoire de la base droite, un point de côté persistant, de l'amaigrissement et de la fièvre*, fait le diagnostic d'une *atteinte bacillaire de la plèvre*.

Le régime reconstituant est ordonné : *huile de foie de morue*, etc... Pendant 15 jours, tous les phénomènes augmentent d'intensité; l'amélioration ne se produit pas, mais au contraire, on noté une aggravation générale : la dyspepsie est complète, la douleur s'exacerbe; localisée d'abord à la base droite, elle devient sous-hépatique. Mais, fait important, un ictère éclate subitement et évolue pendant quinze jours avec les allures d'un ictère infectieux bénin. On fait alors le diagnostic de *cholécystite chronique non calculeuse avec retentissement pleural réflexe*, diagnostic confirmé par la suite, par l'évolution de la maladie et *l'influence favorable du traitement*.

Tous les phénomènes pulmonaires rétrocedent en peu de temps : plus de douleur à la base droite, plus de diminution de la respiration.

Cette forme pose un problème intéressant. *Y a-t-il des épanchements pleuraux d'origine lithiasique ?* Quelle interprétation donner des épanchements au cours de la lithiasie ?

On observe des pleurésies avec épanchement du côté droit chez des sujets qui ont une lithiasie manifeste; on observe également des pleurésies avec épanchement survenant chez des sujets qui ne sont pas connus comme lithiasiques, mais l'apparition du liquide est précédée ou accompagnée d'une douleur abdominale sous-diaphragmatique, sous-hépatique, et de phénomènes biliaires tels le subictère conjonctival, la présence de pigments dans les urines, etc...

Ces cas ne sont pas fréquents; nous en possédons cependant des observations et nous croyons utile de les rapporter pour les discuter.

OBSERVATION X

(Recueillie dans le service de M. le Professeur PIC)

S... Pierre, 67 ans, concierge à la Faculté, est envoyé dans le service par le Professeur P...

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement, aucune maladie sérieuse. 25 ans de gendarmerie. Pas d'éthylisme ni de spécificité. Marié, femme et fille en bonne santé.

Le début de l'affection actuelle est imprécis, mais remonte sûrement à plusieurs mois. En effet, depuis plusieurs mois, le malade sent ses forces diminuer, il accomplit son travail avec peine, il maigrit constamment (le malade se pesait à l'Institut d'Hygiène), il aurait perdu une dizaine de kilogs. Pas d'appétit et même il accuse du dégoût pour les graisses et les viandes.

Le 28 octobre 1927, incident sérieux : le malade est pris de *douleurs très vives dans l'hypocondre droit*, s'irradiant dans le creux épigastrique et dans les deux épaules; douleur extrêmement vive, pliant le malade en deux, à peine calmée par la morphine. Cette crise dura deux jours environ. A ce moment, température entre 38°2 et 38°6. En même temps, signes d'obstruction intestinale : constipation opiniâtre, météorisme et tension douloureuse de l'abdomen. Depuis, la température reste entre 38 et 39°.

Le 5 novembre : Nouvelle crise douloureuse, moins vive que la première, avec phénomènes d'obstruction intestinale. *Ictère* constaté par le Professeur Pic.

A l'entrée, le 9 novembre, malade pâle, très amaigri. Pas d'ictère ni de subictère.

Au niveau de l'abdomen, *foie volumineux* débordant les fausses côtes de 5 travers de doigt, s'étendant jusqu'à l'ombilic et envahissant nettement l'hyponcondre gau-

che. Pas de bosselures, ni de nodosités. PRESSION DOULOUREUSE AU POINT VÉSICULAIRE.

Toucher rectal : rien d'anormal.

Appareil pleuro-pulmonaire : à gauche, rien d'anormal. A droite, on trouve une zone de matité s'étendant sur le tiers inférieur de l'hémithorax. Cette matité ne tourne pas dans l'aisselle. En avant, on trouve une zone correspondant à l'hypertrophie du foie.

A l'auscultation, petit souffle expiratoire doux et lointain, pas d'égophonie; pectoriloquie aphone nette. Pas d'abolition du murmure vésiculaire. Râles sous-crépitants à l'extrême base.

Système nerveux et appareil cardio-vasculaire : rien à signaler.

Urines : Pas de sucre, traces d'albumine.

En somme, il s'agit d'un malade ne présentant aucun passé pathologique, qui depuis quelques mois maigrit, perd ses forces, présente une anorexie marquée. Deux crises douloureuses récentes de colique hépatique. Très gros foie, légère réaction pleurale.

10 novembre. — RADIOSCOPIE : *Epanchement pleural dans le sinus droit.* Emphysème généralisé. Aérophagie gastrique. Pas d'images lacunaires, contractions péristaltiques.

11 novembre : *Ponction exploratrice*, on retire un liquide à teinte un peu rosée, aspect trouble avec flocons et ondes soyeuses.

16 novembre : Le malade demande à sortir. La température est troublée. A la base droite il n'y a plus qu'un peu de submatité sans signes liquidien. Le foie est toujours perçu mais est moins gros. Son rebord inférieur est difficile à délimiter. Aucune douleur. Etat général amélioré.

En résumé : crises de coliques hépatiques avec réaction pleurale droite légère et éphémère.

OBSERVATION XI

(Recueillie dans le service de M. le Professeur PIC)

J..., Marie, 40 ans, employée, entre dans le service avec le diagnostic de *cholécystite et épanchement pleural droit*.

Dans ses antécédents, scarlatine à 16 ans, troubles digestifs consistant en pesanteur gastrique, après les repas, digestions pénibles, etc. Réglée à 13 ans, deux fausses-couches. La malade a toujours ressenti un *point de côté à l'extrême base thoracique droite*.

Il y a 20 jours, brusquement, au milieu de la nuit, *douleur au niveau de l'hypocondre droit*, atroce, courbant la malade en deux, s'irradiant à l'épaule droite, zone d'hyperesthésie au niveau de la région hépatique, telle que la malade ne peut supporter le poids des couvertures. Applications de compresses chaudes. Température à 39°. En même temps, on constate la présence de *liquide intrapleurale au niveau de la base droite*.

A l'entrée, 27 novembre 1927 : Malade avec température oscillant entre 38°2 et 38°8. Pouls à 96. Ne crache pas, ne tousse pas. Abdomen ballonné. POINT VÉSICULAIRE TRÈS DOULOUREUX; le foie n'est pas gros, mais sa percussion est douloureuse.

A l'examen pulmonaire : *voussure de l'hémithorax droit, abolition des vibrations vocales à ce niveau, matité franche* tournant dans l'aisselle à convexité supérieure et remontant jusqu'à la limite du tiers supérieur et du tiers moyen.

Obscurité respiratoire; égophonie et pectoriloquie aphone très nettes. A la limite supérieure de la matité, un *léger soufflé*, ainsi que quelques râles fins.

Poumon gauche : respiration normale.

Urines : ni sucre, ni albumine, mais *présence nette de pigments biliaires*.

Ponction exploratrice : liquide citrin, culot blanchâtre, présence de fibrine, cellules endothéliales un peu altérées.

OBSERVATION XII

(Service de M. BONNAMOUR)

S... Marie, 85 ans, est envoyée à l'Infirmerie pour crises d'excitation et délire de persécution.

18 février : A l'examen, malade très agitée, pas de température.

Aux poumons, quelques râles secs à la base droite. Pas de toux ni d'expectoration.

22 février : Après une crise d'excitation intense suivie d'abattement, *apparition d'un ictère foncé sur tout le corps. Urines rouges, franchement ictériques, réaction de Gmelin très nette.*

A l'examen, on sent dans *l'hypocondre droit une tumeur allongée, douloureuse*, qui se sépare difficilement du foie; rien aux poumons.

25 février : Nouvelle crise d'agitation le 23. Ictère diminué, urines plus claires. Matières décolorées. Tumeur de l'hypocondre moins grosse et moins douloureuse. Foie gros, abaissé.

5 avril : Poussée à 39° avec un peu d'oppression; réapparition de l'ictère qui avait notablement diminué. *A la base gauche en arrière, matité sur une hauteur de un travers de main, tournant dans l'aisselle; obscurité respiratoire, souffle aux deux temps avec bronchophonie et pectoriloquie.* Rien au sommet.

8 avril : Teinte normale des téguments; urines moins foncées; à la base gauche, il persiste de la matité et des signes liquididiens. *Ponction évacuatrice* : on retire un *demi-litre de liquide rougeâtre, un peu trouble,*

3 mai : Crise d'excitation violente. Léger subictère des conjonctives.

6 mai : Crise nouvelle; apparition d'un ictère très foncé. Urines très rouges, *gros précipité avec l'acide azotique*. Dans la fosse iliaque droite, on constate une *masse arrondie*, du volume d'un œuf d'oie, faisant saillie sous la peau, très bien délimitée, *c'est la vésicule*.

10 mai : Coma progressif, ictère très foncé.

Autopsie. — Pas de liquide pleural; quelques adhérences à la face antérieure du poumon gauche. Emphyème. *Vésicule volumineuse* (grosse aubergine), distendue par du liquide; elle contient à peu près un verre de bile noirâtre; sable fin. Cholédoque très dilaté, coudé au voisinage de la vésicule; *nombreux calculs* à son embouchure dans le duodénum. Parois de la vésicule, normales.

En résumé : lithias vésiculaire ancienne avec obstruction terminale. Dilatation de la vésicule et du cholédoque.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que chez une ancienne lithiasique, les crises de colique hépatique, se faisaient tantôt franches, tantôt sous forme d'œdème pleural avec épanchement, tantôt sous forme d'œdème cérébral avec crises d'excitation jusqu'au jour où un calcul s'est enclavé et a formé obstruction complète.

Analyse du liquide pleural : petite quantité de sang, pas d'urobiline, grosse quantité d'albumine acéto-soluble.

OBSERVATION XIII

P... Jean, 73 ans, menuisier, entre dans le service avec des symptômes de ramollissement cérébral. Interrogatoire impossible.

18 février : A l'examen, rien aux poumons.

7 mars : Température à 40°, cyanose des extrémités, respiration stertoreuse, toux, *râles congestifs à la base gauche*. Coma avec raideur généralisée.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax du côté droit, environ un *demi-litre de liquide louche*, avec exsudats. A gauche, *symphyse pleurale* totale; la plèvre est remplacée par une coque calcaire, sur laquelle s'imprègnent les côtes. On est obligé de ruginer.

Poumon gauche atelectasié ; poumon droit congestionné. *Vésicule petite, rétractée, bourrée de calculs blancs, irréguliers* (une trentaine).

Comment expliquer ces cas ? Il est plus que probable que leur pathogénie n'est pas univoque et qu'il faut envisager plusieurs éventualités :

1° L'épanchement pleural est absolument indépendant de toute affection hépato-biliaire et la douleur sous-diaphragmatique doit être rapprochée de cette douleur que l'on voit dans certaines pneumonies (point appendiculaire).

2° On peut admettre une infection générale à localisation à la fois vésiculaire et pleurale et, dans les deux cas, les localisations sont sur le même plan.

3° Il y a des sujets qui présentent une infection des voies biliaires cholécystite au angiocholite et de l'infection générale; la survenue d'un épanchement peut être mise sur le compte de l'infection générale.

4° Il paraît légitime d'admettre un épanchement pleural d'origine infectieuse. Peut-on admettre l'épanchement chez des lithiasiques non infectés et le mettre sur le compte d'un réflexe ? Il faut être prudent lorsqu'on veut invoquer pareille pathogénie. Nous posons simplement la question sans prendre parti.

Forme congestive basale droite

Cette forme connue depuis longtemps, accompagne le plus souvent un accès de colique hépatique; son rapport immédiat avec la crise lithiasique, la rend moins intéressante que les autres manifestations pulmonaires.

Vers la fin de la crise, le malade est pris subitement d'une toux sèche, pénible; sa température s'élève à 38° ou 38°5; une expectoration « *visqueuse* » (GUÉNEAU DE MUSSY) et la dyspnée attirent l'attention du côté des poumons. A l'auscultation, on constate la présence de *râles crépitants fins* et de quelques *frottements pleuraux* sur une petite étendue de la base droite.

L'évolution est simple ; tous les phénomènes disparaissent en 3 ou 4 jours mais, fait fondamental, *cette congestion se reproduit très souvent* et au même endroit, *elle est à répétition* et apparait avec les crises de colique hépatique ou dans leur intervalle; parfois, elle est l'unique manifestation de la lithiase biliaire ; parfois aussi, elle est très légère et peut passer inaperçue.

OBSERVATION XIV (*résumée*)

(Thèse MAGNIN)

Mme P..., oblitération du canal cholédoque par deux calculs biliaires.

L'autopsie a révélé que les poumons sont très congestionnés et que la cavité pleurale renferme, à droite et à gauche, du liquide.

OBSERVATION XV (*résumée*)
(de la même Thèse)

Mme R..., 65 ans. *Lithiase biliaire.*

Entrée à l'hôpital le 17 février. Vomissements. Ictère. Langue blanche. Pouls à 70.

18 février : Rien du côté des poumons.

19 février : *Toux sèche.* A l'auscultation, râles sibilants. Pouls à 90.

29 février : Difficulté de la respiration et *affaiblissement du murmure vésiculaire à droite seulement.*

6 mars : Pouls à 104; *faiblesse du murmure vésiculaire à droite.* Mort survenue le lendemain.

A l'autopsie, les poumons sont couverts de petites plaques confluentes, d'un centimètre de diamètre, au-dessous de la plèvre. Poumons gorgés de sang et de sérosité, *surtout le droit, à la base.*

OBSERVATION XVI (*résumée*)
(de la même thèse)

Malade âgé de 35 ans. Entré à l'hôpital le 28 janvier. *Douleurs violentes de l'hypocondre droit. Teinte ictérique.*

Jusqu'au 4 février, vomissements intermittents.

4 février : Région du foie douloureuse. Pas de toux. *Respiration un peu soufflante avec râles crépitants fins aux deux bases.*

7 février : Pouls à 96. *Matité de la moitié inférieure droite du poumon avec souffle bronchique et râles crépitants.*

9 février : Souffle bronchique persistant. *Matité à la base du côté droit.*

11 février : Souffle tubaire dans les deux tiers supérieurs du poumon droit. Rien à gauche.

20 février : Vomissements, prostration. Mêmes signes pulmonaires. Mort.

L'autopsie confirme *l'état congestif du poumon droit.*

OBSERVATION XVII (résumée)

(Thèse PECH)

Femme de 59 ans. *Tumeur biliaire. Mort .*

A l'autopsie, *calcul énorme de la vésicule biliaire.* Poumon sain en apparence, excepté le lobe inférieur du *poumon droit* qui était congestionné.

OBSERVATION XVIII (résumée)

(Thèse MAS)

Louise R..., 69 ans.

En septembre, *point douloureux dans le côté droit avec vomissements bilieux* et alimentaires. Pas d'ictère, apyrexie. *Signes de congestion pleuro-pulmonaire à la base droite.* Elle disparut rapidement et il ne persista que quelques phénomènes pleuraux dans la suite.

En janvier : Quelques vomissements avec malaises et douleur dans le côté droit.

Le 26 janvier : Crise douloureuse très vive avec toux, vomissements, augmentation de la matité hépatique. Au bout de quelques heures, la douleur diminue et apparaît l'ictère, *des frottements pleuraux.* Apyrexie.

Le 6 février : Violent accès de fièvre, sans douleur. Température à 40°1; malaise général. La fièvre hépatalgique est la seule manifestation de la lithiase biliaire.

Le 8 février : Quelques frottements à la base droite. Température à 37°3. Diminution de l'urée.

Le 9 février : Guérison.

Cette observation nous montre deux accès de colique hépatique, suivis de congestion pleuro-pulmonaire.

OBSERVATION XIX

(Thèse STERNE)

X..., 65 ans. A eu toute la nuit une *douleur dans le côté droit* avec vomissement et une température de 38°2. En même temps, l'auscultation révélait des *signes de congestion du côté droit*.

Le lendemain à la pression, POINT VÉSICULAIRE DOULOUREUX, pas de scapulalgie, ictère manifeste, foie augmenté de volume. *Au bout de trois jours, à la suite d'un régime, la congestion pulmonaire a disparu.*

Le premier jour, on pouvait penser à une congestion pulmonaire simple, et il fallut attendre au lendemain pour poser le diagnostic, ce qui d'ailleurs ne présenta pas de difficulté, la colique hépatique étant devenue très manifeste.

OBSERVATION XX

(STERNE)

Veuve M..., 70 ans; malade ictérique avec douleurs abdominales et dorsales. Vomissements. Douleur tout le long du rebord costal à droite et en arrière, douleur dans toute la partie droite du thorax à partir de l'angle

de l'omoplate. *Point cystique très douloureux*. A la base droite, *submatité, râles crépitants et sous-crépita*nts; *expectoration nulle*,

OBSERVATION XXI (*personnelle*)

Chou..., 45 ans, d'origine arménienne, est envoyée dans le service par le Docteur M..., avec le diagnostic de : *troubles dyspeptiques et lésions pulmonaires du côté droit*.

7 grossesses. A 15 ans, elle a présenté des troubles dyspeptiques et pulmonaires mal définis. Rien d'autre de particulier dans ses antécédents.

A l'entrée, 7 mars 1927 : Température à 37°. *Toux fréquente, crachats purulents* (l'examen ne révèle pas de B. K.). La malade se plaint de *coliques abdominales* et de céphalée. Pas d'appétit.

A l'examen des poumons, *râles congestifs de la base droite*; à l'abdomen, un POINT DOULOUREUX VÉSICULAIRE TRÈS NET est révélé par la palpation profonde. Toucher vaginal négatif. Radio négative.

13 mars : La malade transpire beaucoup depuis deux jours; les phénomènes précités semblent s'amender.

25 mars : Depuis quatre jours, *subictère manifeste, urines très chargées*; troubles digestifs et douleurs en ceinture au niveau de l'épigastre. Traitement de la lithiase.

28 mars : *Ictère complètement disparu*, ventre relativement souple; persistance de douleur au creux épigastrique. *Les signes pulmonaires ont complètement disparu*. Il semble bien que cette malade ait eu simplement une crise fruste de colique hépatique avec troubles pulmonaires réflexes.

Forme broncho-pneumonique ou pneumonique

Son tableau clinique est absolument distinct du précédent : ici, les phénomènes pulmonaires dominent la scène, et apparaissent indépendamment de toute histoire biliaire ; les signes lithiasiques sont inexistants ou très peu appréciables.

Le début est solennel, comme dans la pneumonie ordinaire : point de côté violent, frisson etc...

La fièvre monte d'emblée à 40°, température excessive pour le vieillard, chez qui cette forme est très fréquente. La dyspnée est plus ou moins forte.

L'examen physique montre de la matité et des râles sous-crépitants à la base droite. L'expectoration est sanguinolente et n'a pas les caractères classiques du crachat pneumonique. En présence de cette symptomatologie, on est porté à faire le diagnostic de pneumonie grave, d'autant plus que l'apparition d'un ictère fait songer à la pneumonie bilieuse.

Cependant, la marche de la température, l'expectoration sanguinolente, la répétition fréquente, la localisation constante à droite, la prédominance à droite des signes sthétoscopiques, l'influence heureuse d'une diététique et d'une thérapeutique de la lithiase, donnent à cette forme une allure clinique assez caractéristique pour pouvoir la différencier des affections pulmonaires ordinaires.

Si à cela on ajoute l'examen méthodique de la fonction hépato-vésiculaire, les chances d'erreur sont réduites de beaucoup, et la thérapeutique de cette manifestation respiratoire sera plus rationnelle.

OBSERVATION XXII

(Recueillie par LAFON dans le service de M.^r le
Professeur PIC)

Cholécystite suppurée avec obstruction du cystique, phénomènes pulmonaires réflexes. Forme broncho-pneumonique de la lithiase biliaire chez le vieillard.

Rich..., 72 ans, journalière, entre à l'hôpital le 9 janvier avec une *dyspnée intense et une toux fréquente*. La malade se couche sur le côté droit de préférence. Température à 38°2.

A l'examen du poumon : A gauche, rien d'anormal à la percussion; à droite, sonorité augmentée en arrière. Palpation normale.

A l'auscultation : A droite et en arrière, sibilances et râles muqueux au sommet. A la base, prédominance de râles muqueux et un foyer de râles sous-crépitants. A gauche, à la base, nombreux râles muqueux. Pendant l'auscultation, la malade se plaint de la région hépatique.

Le 12 janvier : Foyers de râles fins à la base droite et au tiers supérieur gauche.

Le 25 janvier : Cachexie extrême.

Autopsie : Poumons emphysémateux, aucun foyer d'hépatisation ni même de congestion.

Foie gras, vésicule énorme contenant 100 gr. de pus bien lié, avec une quinzaine de petits calculs. Gros calcul à l'origine du cystique.

En résumé, on eut ici des phénomènes pulmonaires réflexes chez une lithiasique presque latente, puisqu'elle n'avait eu, durant sa vie, qu'une simple douleur dans le côté droit,

OBSERVATION XXIII (*personnelle*)

Mme F..., 52 ans, entre à l'hôpital *parce qu'elle tousse, crache et présente une température de 39°1*. Dans ses antécédents, on note des *coliques hépatiques* vers 40 ans.

3 février: A l'entrée, la malade est fatiguée, oppressée. Toux et *expectoration*. La percussion est douloureuse dans les fosses sus et sous-claviculaires, des deux côtés. La sonorité est normale. Pas de pot fêlé, respiration forte, un peu granuleuse. *Matité de la base droite*, tournant dans l'aisselle, mais pas de signes liquididiens. *Foyer de râles en arrière*, plus nets après la toux.

Appareil digestif : Anorexie et constipation. Foie de volume normal. POINT DOULOUREUX TRÈS NET DANS LA RÉGION VÉSICULAIRE. La rate n'est pas perçue.

9 février : Défervescence de la température en lysis. Aux poumons, on n'entend plus que de l'emphysème et quelques *râles de bronchite diffuse à la base droite*. On est frappé de la *persistance du point douloureux vésiculaire*. Foie non augmenté, mais limite supérieure un peu remontée, jusqu'au niveau de la ligne xyphoïdienne.

La pollakiurie a disparu. Urines non rouges, sans pigments; un peu de subictère des conjonctives. La malade n'a jamais eu de coliques hépatiques, mais a souvent des douleurs gastriques.

Examen des crachats : après homogénéisation, pas de bacilles de Koch. *Etant donné qu'il n'y a pas de B. K. dans les crachats, il semble bien qu'on soit en présence d'une colique hépatique fruste avec phénomènes pulmonaires réflexes à la base droite.*

OBSERVATION XXIV (*personnelle*)

D... Marie, 80 ans, concierge, entre à l'hôpital *parce qu'elle tousse et souffre des reins.*

Fièvre typhoïde à 17 ans, puis douleurs gastriques avec vomissements. Pas d'hématémèses. Régée à 18 ans, mariée à 32 ans, ménopause à 45 ans. En 1919, douleurs dans les articulations.

A l'examen : Sonorité normale des poumons. Respiration ronflante aux deux bases. *La malade tousse et crache beaucoup*; elle se plaint de douleurs généralisées. Température 37°5. On porte le diagnostic de *bacilliose sénile*.

La malade maigrit de plus en plus, elle s'éteint progressivement.

A l'autopsie : Poumon droit : *Symphyse pleurale peu épaisse*, pas de lésion au sommet, mais *noyaux de broncho-pneumonie à la base*. Au poumon gauche, rien au sommet, mais nombreux petits noyaux de broncho-pneumonie, petits abcès presque microscopiques.

Vésicule un peu dilatée, *bourrée d'une quantité considérable de petits calculs rectangulaires*.

En somme, *broncho-pneumonie bilatérale avec petits abcès*, chez une vieille femme, peu examinée, qui était considérée comme *bacillaire*, avec *lithiase vésiculaire considérable*, sans altération de la paroi vésiculaire.

OBSERVATION XXV (personnelle)

B..., Marie, 85 ans, entre dans le service pour *phénomènes pulmonaires*; *toux*, oppression, fièvre. Elle se plaint d'une grande faiblesse, de sueurs, de frissons.

Dans ses antécédents, aucune maladie jusqu'à 84 ans; réglée à 14 ans, ménopause à 45 ans, 6 grossesses. Elle a fait deux séjours à l'Infirmierie de l'Hospice des Vieillards pour suites de grippe. Au premier séjour, on nota des frottements à la partie antérieure du poumon droit, rien au sommet, abdomen souple sans aucun point dou-

loueux. Au deuxième séjour, on constate un thorax amaigri, des vibrations mal perçues dans toute la hauteur des poumons, une respiration emphysémateuse avec des ronchus disséminés et quelques râles discrets de congestion.

23 avril : A l'examen des deux bases, *râles congestifs*. Dans le reste des poumons, signes d'emphysème. Pas de toux, pas d'expectoration, température à 38°5. Pouls petit. Léger disque d'albumine.

4 novembre : La malade fait un nouveau séjour dans le service. Elle se plaint de frissons et d'oppression; poussée de température à 39°, *léger point de côté à droite, toux assez fréquente, pénible*; expectoration peu abondante, non rouillée; à la base droite, on entend sur une zone très limitée, un petit foyer de *râles crépitants* sans souffle. Oppression assez marquée. Pouls à 120. Gros disque d'albumine.

9 janvier : Ce matin, la malade qui allait bien a été prise de frissons; la température est de 38°2; pas de toux ni d'expectoration. Pouls à 130. Le soir, la température monte à 39°2.

A l'auscultation, signes d'emphysème généralisé avec un petit foyer de râles crépitants.

19 janvier : Température complètement tombée, plus de râles crépitants mais respiration soufflante.

31 janvier : La malade est décédée à 9 heures du matin; le cœur était arythmique, pouls très faible.

Autopsie : Cadavre très maigre, pâleur marquée de tous les téguments.

Poumon gauche : Emphysème très marqué au sommet; sur la face antérieure, cicatrice pleurale étoilée, correspondant à un petit noyau dur senti à la palpation; lobe inférieur très œdématé; engouement du parenchyme pulmonaire; *pus dans les petits bronches*.

Poumon droit : Lobe supérieur très emphysémateux; la pression fait sourdre du *pus par les bronches* de moyen calibre.

Foie : Gras; vésicule rétractée, blanche, *absolument bourrée de calculs*, paroi blanchâtre, assez épaisse, *liquide purulent*.

En résumé, malade sénile atteinte de lithiasé biliaire ancienne avec cholécystite chronique, purulente. Bronchite purulente avec engouement des lobes inférieurs des deux côtés.

Prélèvements. — *Pus des bronches :* abondantes cellules bronchiques caractéristiques, très abondants leucocytes, surtout polynucléaires, en voie de désintégration. *Pneumocoques*, pas de microbes associés.

Pus de la vésicule : tous les éléments figurés du sang. *Pneumocoques.*

Calculs à centre formé d'un caillot de sang et de mucus englobant des cellules épithéliales et des pigments biliaires; tout autour, stries radiées de cholestérine, formant une écorce assez épaisse.

En résumé, malade qui a fait pendant la vie des poussées de broncho-pneumonie; à chaque fois, poussée de température; on les interprétait comme des poussées de broncho-pneumonie chez une emphysémeuse sénile. Or, l'autopsie a montré l'existence d'une lithiasé ancienne dont la malade ne s'était jamais plainte; une cinquantaine de calculs baignait dans du pus, avec une cholécystite ancienne et purulente. Il est intéressant de noter que *l'examen microscopique montre des pneumocoques dans le pus vésiculaire et dans le pus des bronches*. On peut donc penser que toutes ces poussées pulmonaires n'étaient autre qu'une traduction de la lithiasé et de la cholécystite infectée.

Forme asthmatique

C'est la forme décrite par PARTURIER; de nature colloïdoclasique, elle est essentiellement caractérisée

par une *dyspnée* expiratoire survenant soit pendant la crise, soit par la palpation de la région vésiculaire; on note en même temps de la cyanose de la face et une excrétion nasale assez abondante.

PARTURIER rapporte deux observations typiques : dans la première, il s'agit d'une femme qui présentait d'abord des crises de colique hépatique pure, puis alternant avec des crises d'asthme et enfin coexistant avec les crises. La palpation de la vésicule déclenchait l'accès d'asthme.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un riche négociant du Caire, vieil asthmatique, qui se soignait tous les ans au Mont-Dore. A la suite d'un repas copieux, crise de colique hépatique suivie de crise d'asthme; puis, par la suite, l'accès d'asthme déclenchait une crise de colique hépatique ou inversement.

Forme pseudo-tuberculeuse

La forme pseudo-tuberculeuse des manifestations respiratoires, au cours de la lithiase, non décrite jusqu'à présent, mérite de la part du médecin beaucoup d'attention et de sagacité. Elle se présente sous un aspect clinique tellement voisin de la tuberculose que l'erreur de diagnostic est presque inévitable, à moins d'un examen complet et méthodique du malade et de ses antécédents et d'une exploration minutieuse de la fonction hépato-biliaire. Les observations que nous avons recueillies, dans le service de tuberculeux de M. le Docteur Bonnamour, nous permettent de bien déga-

ger cette forme des autres manifestations respiratoires d'origine réflexe, et de mettre en évidence tout l'intérêt qu'elle présente.

Il s'agit, le plus souvent, de malades envoyés dans un service de tuberculeux, soit par les divers services hospitaliers, soit, chose plus importante, par les *dispensaires antituberculeux*, pour des signes d'infection générale et des signes pulmonaires, ayant fait penser à la tuberculose.

En interrogeant ces malades, on apprend, en effet, qu'ils ont maigri de plusieurs kilogs et se fatiguent au moindre effort physique ou intellectuel.

Leur *courbe de température* présente des poussées fébriles à 38 ou 38°5, accompagnées parfois de sueurs nocturnes; quelquefois ce sont de grandes oscillations de la courbe, du type hectique, ne rapport, le plus souvent, avec une poussée d'angiocholite.

Ces malades se plaignent, en outre, d'une légère *dyspnée* et d'un *point de côté* assez tenace, occupant l'extrême base thoracique droite. La *toux* est quinteuse, spasmodique, accompagnée parfois de vomissements, simulant ainsi la toux émétisante des tuberculeux. L'*expectoration* est, le plus souvent, muqueuse, rarement muco-purulente.

L'*hémoptysie* vient compléter le tableau clinique; franche ou discrète, elle affole l'entourage du malade et fait porter au médecin non averti, le diagnostic de bacillose.

Mais là, ne se limitent pas tous les renseignements que l'on peut tirer de l'interrogatoire du malade; en insistant et en demandant des précisions, on apprend qu'à côté de ces troubles pulmonaires très

nets, le malade a eu *des troubles digestifs* non moins nets. Ce sont des « crampes d'estomac », des coliques douloureuses survenant après les repas et s'irradiant dans le dos et dans le creux épigastrique ; parfois, ce sont de mauvaises digestions, des vomissements alimentaires ou franchement bilieux, troubles que l'on rattache aisément à la tuberculose.

Cependant, certains malades insistent particulièrement sur leur passé hépatique, ils signalent avec précision des coliques hépatiques, de l'ictère etc..., ayant nécessité la cure de Vichy ; ils ont souvent ressenti un « endolorissement » de la région vésiculaire.

A l'examen de l'appareil pulmonaire, l'inspection ne révèle aucune modification thoracique ; nous avons noté seulement un thorax emphysémateux dans une de nos observations.

La palpation montre un peu de submatité à droite, mais on peut dire que dans la plupart des cas, la sonorité est normale ; les vibrations sont légèrement exagérées à droite.

L'auscultation fournit des signes importants ; on note de la diminution du murmure vésiculaire à droite, allant quelquefois jusqu'à l'abolition ; à côté des signes de bronchite ou de broncho-alvéolite, en entend des râles crépitants et parfois des craquements à timbre humide. Nous avons souvent constaté un état congestif du sommet droit, signe très important car il est presque toujours rattaché à la tuberculose.

A l'examen de l'appareil digestif, ce qui frappe surtout, c'est une douleur vésiculaire très nette, très constante révélée par les multiples procédés classi-

ques de palpation; cette douleur peut se limiter au point viscéculaire ou s'étendre à tout l'hypocondre droit et même au creux épigastrique.

Le foie est légèrement augmenté de volume ; la vésicule peut être perceptible sous la forme d'une petite masse arrondie; chez l'un de nos malades, elle était facilement perceptible parce que très grosse et très douloureuse.

Voilà ce que révèle l'examen clinique ; toute la symptomatologie, à part l'exploration vésiculaire, fait penser à l'imprégnation bacillaire. Cependant, l'examen répété des crachats, soit direct, soit après homogénéisation reste négatif ; l'examen radioscopique et radiologique ne montre aucune lésion de tuberculose pulmonaire. Ces deux éléments, sur lesquels nous reviendrons dans notre chapitre du diagnostic, sont extrêmement importants, car ils permettent de douter du diagnostic imposé par l'examen clinique et suscitent les plus grandes réserves à son égard.

OBSERVATION XXVI

(Recueillie dans le service de M. le Docteur BONNAMOUR)

Pe..., 67 ans, dévideuse, est envoyée à l'Hôtel-Dieu dans le service du Docteur Bonnamour avec le *diagnostic de bacillose évolutive avec infiltration des deux sommets*. Voici d'ailleurs, l'observation prise dans le service du Professeur S...

Malade de 67 ans, vient dans le service parce qu'elle se plaint de *bronchite* et d'emphysème, en même temps

qu'elle a beaucoup maigri. Température à l'entrée, 37°5. Dans ses antécédents, on note une *fièvre typhoïde* à 8 ans; réglée normalement jusqu'à la ménopause.

A 40 ans, la malade présente *des coliques hépatiques qui durent 15 jours*, à la suite desquelles, la malade fait une *saison à Vichy* qui l'améliore beaucoup; elle présente ensuite « *deux fluxions de poitrine* » à une année de distance, enfin elle présente *deux autres crises de colique hépatique* à un an de distance également, la dernière remontant à l'été de 1923; de nouvelles cures à Vichy améliorent son état.

Depuis, la malade tousse, crache, perd ses forces. Un accès de toux très violent, suivi de *vomissements* la décide à entrer à l'Hôtel-Dieu.

A l'entrée, on est en présence d'une malade qui a un assez bon état général, bien qu'elle ait *beaucoup maigri*; elle se plaint d'une *petite toux sèche*, fatigante.

A L'EXAMEN de l'appareil pleuro-pulmonaire, l'inspection montre un thorax élargi, d'aspect *emphysémateux*. Sonorité normale.

L'auscultation fait entendre une pluie de *ronchus* et de *sibilances* dans les deux poumons, augmentant d'intensité de la base au sommet, *surtout dans le poumon droit*; on entend, en outre, *au poumon droit*, des *râles humides* qui donnent l'impression d'un gargouillement. L'expiration est soufflante et prolongée.

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE. — Pointe dans le 5^{me} espace; bruits réguliers, bien frappés, aucun bruit anormal. Pouls à 90, tension 13/8.

APPAREIL DIGESTIF. — *La malade ne digère que les aliments légers*; ni diarrhée, ni constipation; paroi abdominales souple, se laisse déprimer. *Le foie est gros*, débordant de plus de deux travers de doigt le rebord des fausses-côtes; il est douloureux à la palpation; on trouve UN POINT VÉSICULAIRE DOULOUREUX.

La rate n'est pas perçue.

Après 21 jours de séjour à l'Hôtel-Dieu, la malade est envoyée dans le service de tuberculeux du Docteur Bonnamour, le 15 février.

A L'ENTRÉE : Malade sans température, tousse beaucoup, expectore abondamment; ses crachats sont mucopurulents, très gommeux. Elle n'a pas de sommeil et ne digère qu'une alimentation légère; durant les trois semaines de séjour à l'Hôtel-Dieu, *elle a perdu un kilo.*

Endolorissement lombaire permanent; pas de point de côté thoracique.

AUX POUMONS : *Respiration diminuée surtout à droite; sonorité conservée, sauf aux sommets où l'on constate, à droite, de la matité avec craquements très nombreux, exagérés encore après la toux. Pas de signes cavitaires, ni dans l'aisselle, ni en avant. A gauche, submatité, craquements peu nombreux, en foyer, peu modifiés par la toux.*

Aux deux bases, peu d'adventices; on note *cependant leur prédominance à droite.*

ABDOMEN : Très souple; foie normal mais *point douloureux vésiculaire.*

Urines très rouges, très foncées.

LE 20 FÉVRIER : Respiration très soufflante avec bouffées de râles humides au sommet droit; rien dans l'aisselle. Craquements très discrets au sommet gauche. Toux et expectoration ont considérablement diminué; expectoration constituée par beaucoup de solides et quelques petits points blanchâtres. Ce qui frappe surtout, c'est une *vésicule grosse, très facilement perceptible, douloureuse*; douleur dans tout l'hypocondre droit avec un peu de défense de la paroi; il en est de même au creux épigastrique.

TROUBLES DIGESTIFS : Inappétence de longue date, *vomissements* très fréquents, tantôt des aliments, tantôt de la bile (liquide franchement verdâtre, très amer). Subictère.

Douleur à la pression au niveau du *sterno-cléido-mastoïdien droit* et le long du *phrénique du même côté*.

Pas de fibres élastiques.

Pas de B. K. après HOMOGÉNÉISATION et après plusieurs examens répétés. RIEN AUX RAYONS X. En présence de ces symptômes, étant donné l'histoire pathologique de la malade et les signes qu'elle présente au niveau de la vésicule, malgré les signes pulmonaires prédominants, on peut se demander si l'on est pas en présence d'une lithiasé vésiculaire ancienne avec poussées de cholécystite et phénomènes pulmonaires consécutifs.

L'hypertension, l'absence de B. K., l'examen radioscopique ne sont pas en faveur d'une bacillose évolutive. On institue le traitement de la lithiasé : benzoate de soude associé au salicylate, calomel, etc..., et la diététique appropriée.

LE 20 MARS : Depuis le 4 mars, poussée de température à grandes ascillations avec frissons. En même temps, apparition d'*expectoration franchement purulente*. Toux fréquente. Douleurs assez fortes du côté droit, vomissements aqueux, subictère. Ce matin, dyspnée assez forte; aux poumons, bouffées de râles fins, humides, localisées en arrière du sommet droit. Quelques râles de bronchite.

Dans la région hépatique, douleur à la pression, extrêmement vive. Contracture du grand droit. Foie augmenté de volume; grosse vésicule douloureuse.

LE 11 AVRIL : *Disparition complète des signes pulmonaires physiques et fonctionnels*; il ne persiste que de l'emphysème. Pas de B. K., après homogénéisation. Dyspepsie, langue saburrale, DIARRHÉE POST-PRANDIALE CONSTANTE. Anorexie.

Persistance de douleur provoquée dans la zone vésiculaire avec forte défense du grand droit.

On propose l'intervention chirurgicale à la malade, mais elle est refusée.

Le 14 avril, la malade demande à partir à Bully.

OBSERVATION XXVII

(Service de M. le Docteur BONNAMOUR)

M..., 47 ans, concierge, est envoyée par le DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX, à la salle Ste-Clotilde, avec le diagnostic de *tuberculose pulmonaire*.

Le 15 janvier : Aucune affection pendant l'enfance ; en 1913, bronchite; depuis, elle tousse tous les hivers. Pas d'hémoptysie. En septembre dernier, elle se met à tousser davantage, elle est oppressée et ne peut plus travailler.

Depuis 3 semaines, état général de plus en plus grave, apparition d'un point de côté douloureux que les mouvements respiratoires ne modifient pas et qui disparaît de temps en temps.

A L'EXAMEN : Malade amaigrie, pas de température, oppressée, tousse beaucoup. Pas d'expectoration. *Anorexie*. Ni diarrhée, ni constipation. Pas de sommeil. *Sueurs nocturnes*.

A l'auscultation, légère submatité au sommet droit avec quelques ronchus et sibilances. *A la base droite, nombreux râles fins*. En avant, ronchus, sibilances et râles. Au poumon gauche, râles fins à la base.

Tension : 11,5/6,5. Urines : ni sucre, ni albumine.

Le 21 janvier : Varicosités des pommettes. Ventre ballonné avec météorisme. Foie normal, *point douloureux net dans la région vésiculaire*, à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et à deux travers en dehors, sans que la palpation ne révèle une augmentation de la vésicule. Région épigastrique un peu douloureuse et

empâtée. *Très léger subictère des conjonctives.* N'a jamais eu de coliques hépatiques franches, mais a présenté plusieurs crises douloureuses qu'elle qualifie de « cram-
pes d'estomac », survenant après les repas et même très tard dans la nuit. Pendant ces crises, la malade souffre, mais l'absorption d'un peu de liquide la calme. Jamais de vomissements ni d'ictère, mais elle déclare que souvent, au moment des crises, les urines deviennent rouges. Elle n'a pas remarqué de décoloration des matières. *Douleur à la pression entre les chefs du sterno-cléido-mastoïdien droit.*

Etant donné la présence de râles aux bases, l'absence de phénomènes cardiaques, on peut se demander si l'on est pas en présence d'une forme pulmonaire de la lithiasse, surtout à cause du *point douloureux vésiculaire*. PAS DE B. K. DANS LES CRACHATS. On institue le traitement ordinaire.

Le 9 février : Plus de température ; point vésiculaire persiste, mais atténué. *Plus de toux ni d'expectoration.* Aux poumons, les *signes ont disparu aux deux bases.* L'auscultation révèle simplement un peu d'obscurité du sommet droit. Bon état général. Augmentation de 1 kg. 500,

Crachats : *L'examen est toujours négatif. Radioscopie négative.*

La malade part chez elle guérie.

OBSERVATION XXVIII

(Service de M. le Docteur BONNAMOUR)

B... Amélie, 33 ans, mécanicienne, est envoyée dans le service par le Professeur C..., avec le diagnostic de *pleurite du sommet droit.*

Sept grossesses, couches pénibles. La malade signale

des *crises douloureuses vésiculaires* avec des poussées d'ictère.

Au mois de juillet dernier, la malade contracte une pneumonie droite qui l'oblige à garder le lit pendant trois semaines. Depuis, elle ne s'est jamais complètement remise ; asthénie, amaigrissement, fièvre à 38°, dyspnée d'effort, point de côté à droite, toux quinteuse sans expectoration, anorexie, sueurs nocturnes accompagnées de sensation de froid, insomnie. A noter également, des laryngites passagères.

A L'EXAMEN (28 octobre) : Malade à état général déficient, pas de fièvre, faciès pâle, asthénie. Pouls faible, urines rouges, foncées.

Au poumons, *abolition des vibrations vocales et matité franche au sommet droit.*

A l'auscultation, respiration soufflante, avec râles secs, fins, expiratoires et quelques râles humides, à ce même sommet. Rien à la base. Au poumon gauche, respiration souple. *Douleur très vive au niveau du point vésiculaire soit spontanée, soit provoquée.*

Le 21 octobre : On n'entend plus qu'une respiration très soufflante au sommet droit, sans signe surajouté. Par contre, persistance d'un point vésiculaire douloureux, avec palpation profonde. Toute la fosse iliaque droite est un peu douloureuse, mais sans réaction de défense. On se demande si l'on est pas en présence d'une forme pulmonaire de la lithiase. Urines contiennent des pigments.

Crachats séreux. *Pas de B. K. après homogénéisation. Radioscopie absolument négative. On institue le traitement de la lithiase.*

Le 14 novembre : Température complètement normale. Auscultation absolument négative tant à droite qu'à gauche ; persistance d'un point douloureux vésiculaire et, à la palpation profonde, on sent très bien la vésicule

grosse et douloureuse. La malade se plaint de douleurs dans l'hémithorax gauche.

Pas de B. K après homogénéisation.

Radio négative.

Pigments biliaires dans les urines.

OBSERVATION XXIX

(Recueillie dans le service de M. le Docteur BONNAMOUR)

P..., 41 ans, entre à Ste-Clotilde, envoyée par le Docteur G..., pour *toux, expectoration et état fébrile*. Elle tousse depuis très longtemps et a fait un séjour à Ste-Eugénie, où tous les examens de crachats pratiqués restèrent négatifs.

Depuis une vingtaine de jours, elle *présente une température à grandes oscillations*, s'affaiblit et maigrit (elle avait déjà perdu huit kilogs). Pas d'hémoptysie.

A l'examen de l'appareil pulmonaire, on note des râles à la base gauche et des lésions discrètes de la base droite. *Pas de B. K.* Douleur très nette dans la région hépatique et un peu dans l'épigastre.

En interrogeant la malade d'une manière plus précise, on apprend qu'elle a eu, dans son enfance, un *ictère franc*. Elle souffre depuis longtemps de coliques douloureuses, survenant après les repas, s'irradiant dans le dos. Elle présentait des crises de même ordre, mais particulièrement douloureuses, à la suite de ses couches.

L'examen des urines montre des traces de pigments biliaires.

Crachats : Pas de B. K.

Radioscopie : Rien de particulier.

OBSERVATION XXX

(Service de M. le Docteur BONNAMOUR)

S..., 50 ans, est envoyée dans le service du Professeur S..., à l'Hôtel-Dieu, par le *dispensaire antituberculeux*, et de là, après 21 jours, à la Croix-Rousse, avec le diagnostic de *tuberculose pulmonaire*.

Réglée normalement. Il y a 3 ans, *douleur dans le côté droit, toux, expectoration*. Anorexie, température peu élevée. Amaigrissement et perte de forces qui l'obligent à abandonner son travail. Il y a un mois, tous les symptômes s'aggravent ; température entre 38 et 38°5, toux et expectoration abondantes, striée de sang.

A L'EXAMEN (7 juin) : A droite, matité du sommet avec un peu d'obscurité respiratoire, sans autre signe surajouté.

A gauche, rien à signaler. *Pas de B. K.*

Foie douloureux. La malade ayant déclaré avoir eu une *jaunisse* en 1920, on pense à une lithiasé biliaire probable. On donne le traitement habituel.

Le 28 juin : Augmentation de poids de 1 kg.; la malade se sent bien, *ne tousse et ne crache plus*. Il ne persiste qu'un peu d'emphysème.

Foie non douloureux. La malade quitte le service le 30 juin, guérie.

OBSERVATION XXXI

(Service de M. le Docteur BONNAMOUR)

N... Henriette, 52 ans, ménagère, entre dans le service parce qu'elle *maigrit, tousse et crache*.

Dans ses antécédents, troubles digestifs marqués, il y a 3 ans, survenant par crises : digestions pénibles, douleur en ceinture ; depuis, elle souffre *d'un point de côté à la base droite* et s'affaiblit progressivement.

A L'EXAMEN (24 juin 1927) : Malade très faible, pâle, abattue. *Crachats muco-purulents, point de côté tenace à la base droite, toux fréquente et pénible. Amaigrissement très marqué. Subictère des conjonctives.*

L'examen des poumons ne montre rien de particulier aux sommets; à la base droite, *râles congestifs*, submatité sur deux travers de main.

Le foie est très gros; le bord inférieur atteint la ligne ombilicale; dur, indolore. La vésicule n'est pas perçue.

Urines rouges; l'analyse montre la *présence de pigments biliaires*. *L'examen des crachats est négatif; la radio ne montre rien de particulier.*

Il semble que la malade, considérée comme bacillaire par son Médecin, ait fait une poussée congestive à la base droite, ayant pour point de départ une lithiasse fruste.

Le 22 juillet : La température est redevenue normale; *aucun signe pulmonaire, plus de toux ni de crachats*. La malade quitte le service, guérie.

OBSERVATION XXXII

(Service de M. le Docteur BONNAMOUR)

Mme D..., 48 ans, ménagère, entre dans le service pour troubles digestifs et pulmonaires.

Antécédents : 11 grossesses, varices douloureuses, jaunisse il y a 3 mois. Amaigrissement, asthénie.

A L'EXAMEN : *Râles après la toux, au sommet droit, avec inspiration râpeuse. Retentissement de la toux. Râles fins dans la fosse sus-épineuse gauche. Emphysème aux deux poumons avec ronchus et sibilances. Respiration soufflante.*

L'examen des crachats est négatif.

En plus des signes ci-dessus, on note une ptose abdo-

minale presque totale. Le foie est très abaissé, dur, ne donnant pas la sensation d'un foie gras.

Il n'est pas douloureux; *vésicule grosse*.

Il semble que l'on soit en présence d'une malade emphysémateuse, avec ptose abdominale, qui a eu une crise de colique hépatique au cours de laquelle elle a fait des phénomènes pulmonaires que l'on a pris pour de la tuberculose.

Diagnostic et Pronostic

Nous avons vu quelles étaient les manifestations respiratoires au cours de la lithiase biliaire : point de côté, dyspnée, toux, hémoptysie, diminution du murmure vésiculaire; nous avons vu d'autre part, quel était leur groupement clinique : broncho-pneumonie, pleurésie, pseudo-tuberculose, etc...

Nous avons montré également, combien on pouvait se méprendre sur l'origine réelle de ces manifestations, à quelles erreurs de diagnostic et de pronostic, elles donnaient lieu parfois, erreurs grossières dans certains cas, puisqu'elles ont conduit à l'envoi dans les services de tuberculeux, de sujets qui n'étaient nullement bacillaires.

Faut-il dire enfin, que ces erreurs n'intéressent pas seulement le diagnostic et le pronostic, mais encore la thérapeutique ? On conçoit évidemment combien le traitement peut être différent, selon qu'on croit s'adresser à un tuberculeux ou à un lithiasique.

Il faut donc reconnaître l'affection lithiasique sous son masque pleuro-pulmonaire; nous allons passer en revue les éléments qui nous permettront de rattacher à la lithiase les diverses manifestations respiratoires étudiées dans les chapitres précédents.

Le diagnostic se pose dans deux conditions différentes, selon que la lithiasie est avérée ou non ; dans le premier cas, le diagnostic est relativement simple et il consistera à rattacher les troubles respiratoires à la lithiasie; il faudra faire un examen complet du malade et ne pas méconnaître la possibilité d'une coexistence; un lithiasique a le droit de faire une congestion pulmonaire ou une pneumonie.

Dans le deuxième cas, le diagnostic devient véritablement épineux. On recherchera la lithiasie par :

1° *L'étude des antécédents* : on interrogera les malades sur leurs antécédents personnels; on insistera particulièrement sur l'existence possible d'une affection cholestérinogène: fièvre typhoïde, grossesse, On recherchera l'ictère, les fautes d'hygiène alimentaire (gros mangeurs), les troubles digestifs à symptomatologie tantôt hépatique, tantôt gastrique, les traitements antérieurs (cure à Vichy, etc...).

2° *L'examen clinique* : on explorera minutieusement la vésicule par les procédés classiques de palpation. La douleur vésiculaire est l'élément important qu'il faut rechercher avec soin; on s'attachera également à reconnaître le volume de la vésicule qui est le plus souvent hypertrophiée.

3° *L'examen radiologique* : il mettra en évidence les troubles de la mobilité du diaphragme; contraction de l'hémi-diaphragme droit, effacement du dénivellement normal, etc...

4° *Le laboratoire* : analyse des urines, dosage de la cholestérine dans le sang, épreuve de Meltzer-Lyon.

5° *Les petits signes d'hépatisme* : douleur irradiée à l'épaule droite, douleur à la 12^{me} côte, dans les inspirations profondes, dyspepsie gastrique avec spasme pylorique réflexe, spasme du cæco-côlon ascendant, diarrhée post-prandiale, intolérance aux œufs, subictère conjonctival, etc....

Toutes ces recherches mettront en évidence une lithiasie ou une cholécystite frustes, mais étant donnée l'association possible d'une pneumopathie, il s'agit maintenant de savoir si les manifestations respiratoires sont en relation directe avec la lithiasie, ou en sont indépendantes ; leur allure paroxystique particulière, leur répétition et leur localisation à la base droite, la fréquence de leur caractère douloureux, leur apparition avec les écarts de régime et les troubles hépato-gastriques qui en résultent, l'influence favorable d'une diététique et d'un traitement appropriés, permettent de les rattacher logiquement à l'affection hépato-biliaire causale.

Le traitement a, de notre point de vue, une importance capitale, mais il faudra, d'autre part, éliminer la possibilité d'une affection respiratoire autonome.

Ce diagnostic différentiel sera, en somme, assez limité si l'on tient compte des caractères particuliers précités.

Cependant, il faut être prudent et penser à la tuberculose, surtout chez le vieillard, parce qu'on sait quelle est la torpidité fréquente et de la lithiasie et de la tuberculose, à partir d'un certain âge de la vie. Bien des éléments font, en effet, penser à la tuberculose : sujet qui maigrit, tousse, crache et qui présente

en même temps des symptômes de localisation pleuro-pulmonaire, de la fièvre et un point de côté thoracique. Comment éliminer la tuberculose ? Non pas par les symptômes fonctionnels et généraux, puisqu'il sont communs, mais par les signes physiques (la localisation au sommet plaide en faveur de la bacillose) et surtout par l'*examen radioscopique* et *radiographique* qui ne montre aucune lésion à allure bacillaire, et les *examens répétés des crachats, après homogénéisation, qui restent toujours négatifs*.

Lorsqu'on aura tenu compte de toutes ces données et éliminé à coup sûr la tuberculose, on pensera aux manifestations respiratoires de la lithiasie ; l'évolution, l'influence du traitement viendront confirmer le diagnostic.

Le diagnostic est, en somme, plus étiologique que différentiel ; il faut songer à la vésicule, surtout chez la femme et le vieillard et ne pas voir la tuberculose partout. Le préjudice social porté à un malade par un diagnostic erroné de bacillose, la possibilité d'une contagion par l'envoi dans un service de tuberculeux, sont autant d'inconvénients que le médecin peut éviter en songeant davantage au grand groupe des « fausses tuberculoses » qui s'étend de jour en jour, au détriment du terrible fléau.

Le *pronostic* est bénin ; il dépend de l'affection causale et de la clairvoyance du médecin, surtout dans la forme pseudo-tuberculeuse.

Traitement

Les troubles pulmonaires liés à une affection des voies biliaires, ne sauraient céder qu'à un traitement essentiellement étiologique.

L'étude de nos observations montre, en effet, que des malades présentant une lithiasse fruste non diagnostiquée, et considérés comme des tuberculeux purs, n'ont retiré aucun bénéfice des traitements variés auxquels on les a soumis avant que le diagnostic de la cause n'ait été établi. Mais, ce qui est bien plus grave, c'est que ces malades sont soumis à une diététique et à une médication diamétralement opposées à celles que leur permet l'état de leur fonction hépato-biliaire ; œufs, graisses, huile de foie de morue, sont, en effet, ordonnés couramment, au grand détriment d'une fonction déjà défaillante. Le médecin va ainsi à l'encontre du but qu'il poursuit et c'est pourquoi, nous ne saurions trop insister sur la nécessité du diagnostic exact, seule condition qui permette une thérapeutique rationnelle et une guérison du **malade**.

Nous envisagerons dans ce chapitre les deux données suivantes :

1° *Traitement médical.*

2° *Traitement chirurgical.*

Le *traitement médical* doit s'adresser :

1° à la cause des manifestations pulmonaires, c'est-à-dire à l'affection biliaire.

2° aux manifestations pulmonaires elles-mêmes.

Le traitement médical de la lithiase dont l'importance, ici, est primordiale, doit être essayé et poursuivi méthodiquement dans tous les cas de pseudo-tuberculose où l'examen bactériologique, répété à plusieurs reprises, ne révèle pas de bacilles de Koch et où il y a des présomptions en faveur d'une atteinte fruste de l'appareil biliaire.

Sous quelle forme doit-on instituer ce traitement? Il consistera dans la prescription d'un régime approprié à la lithiase, régime trop connu pour que nous pensions à y insister, et dans la mise en œuvre d'antiseptiques biliaires, de cholalogues, d'alcalins, pour combattre l'infection biliaire et favoriser l'excrétion de la bile; urotropine, calomel, salicylate de soude, extrait de bile de bœuf, sulfate, benzoate de soude, seront les médicaments de base qui amèneront la guérison de la lithiase et la disparition définitive des accidents pulmonaires. C'est là, l'occasion d'un véritable triomphe thérapeutique, car on rend la santé, en quelques semaines, à des malades qui semblaient arrivés à une période avancée de la tuberculose.

La cure de Vichy ou de Châtel-Guyon, est à envisager également, à moins d'un état général trop défi-

cient; l'envoi des malades en pleine congestion pulmonaire ou en pleine broncho-pneumonie, dans une station thermale, ne saurait être considéré; il faut attendre la disparition des phénomènes pulmonaires aigus, et envoyer le malade « à froid », afin d'éviter le retour fréquent des manifestations respiratoires réflexes. Dans les formes caractérisées simplement par de la toux hépatique, un point de côté et par la diminution du murmure vésiculaire, la cure est indiquée; en effet, tous ces phénomènes rétrocedent sous l'action bienfaisante de l'eau minérale.

Les troubles pulmonaires doivent être soumis à une *thérapeutique essentiellement externe*. On s'abstiendra de potions, de médicaments des voies respiratoires; ventouses, diathermie, etc..., constitueront toute la thérapeutique.

Quant au *traitement chirurgical*, est-il indiqué? Dans quelles conditions? Et quels sont les cas à livrer au chirurgien? Il nous semble que l'intervention chirurgicale trouve sa justification dans les cas suivants :

1° Lorsque la thérapeutique médicale est impuissante à juguler l'atteinte vésiculaire.

2° Chez les malades qui présentent en même temps que des troubles pulmonaires assez importants, des manifestations qui indiquent une lithiasie en constante évolution : ictère, trop grande élévation thermique, douleur vésiculaire; ce sont des malades que l'on opérerait même s'ils ne présentaient pas de manifestations pulmonaires.

3° Lorsque les phénomènes réflexes tels que la toux

et la douleur deviennent paroxystiques et gênent beaucoup le malade.

Dans tous ces cas, il faut évidemment être prudent et savoir reculer autant que possible les limites de l'intervention, surtout chez le vieillard ; maximum de chances favorables et minimum de risques opératoires, telle est la règle primordiale qui doit guider le médecin dans l'indication et la nature de l'intervention chirurgicale.

Conclusions

I. — Au cours de la colique hépatique, diverses manifestations peuvent se produire du côté de l'appareil respiratoire : point de côté thoracique, dyspnée, congestion de la base droite et même hémoptysie.

Ces phénomènes sont signalés par tous les classiques; leur intérêt clinique est restreint : peu graves par eux-mêmes, ils sont facilement rapportés à la lithiase.

II. — Moins étudiées et moins connues sont les manifestations respiratoires que l'on peut voir survenir au cours de la lithiase biliaire chronique et de la cholécystite non calculeuse. Un point de côté tenace, de la diminution du murmure vésiculaire, des symptômes parenchymateux, tels sont les constatations que l'on peut faire à la base droite; une toux sèche peut s'y associer.

Ces signes se surajoutent à ceux de la lithiase : fièvre par angiocholite, dyspepsie à type hépatique, amaigrissement.

Cette association peut donner lieu à certains groupements cliniques qui permettent d'individualiser des formes pulmonaires de la lithiase biliaire.

III. — Tantôt la prédominance du point de côté avec diminution du murmure et même des frottements à la base droite légitiment une forme pleuro-dynique ou pleurale.

Tantôt des symptômes de congestion ou même d'hépatisation localisée à la base droite font penser à une congestion ou à une broncho-pneumonie.

Plus rarement les caractères particuliers de la dyspnée et de la toux permettent de décrire une forme asthmatique.

Mais beaucoup plus intéressante est la forme pseudo-tuberculeuse, dont nous rapportons plusieurs observations : la toux, la fièvre, souvent à grandes oscillations, l'anorexie, les troubles digestifs variés, l'amaigrissement, l'asthénie constatés chez des sujets qui présentent des signes de bronchite ou de broncho-alvéolite, font croire à la tuberculose, jusqu'à ce que des examens répétés de crachats et les Rayons X d'une part, et d'autre part la constatation des signes de la série lithiasique rectifient le diagnostic.

IV. — Il faut penser aux formes pulmonaires de la lithiasie, particulièrement chez la femme et le vieillard. On s'appuiera sur les antécédents hépato-biliaires, les caractères spéciaux des troubles digestifs, l'intolérance à certains aliments, le subictère conjonctival, les signes urologiques de l'insuffisance hépatique, mais surtout on attachera une importance majeure à la constatation d'une vésicule douloureuse. L'erreur la plus grave consiste à croire à la tuberculose et à imposer un régime alimentaire tout opposé à celui qui serait indiqué.

Des homogénéisations répétées des crachats, des examens radioscopiques et radiologiques, seront toujours nécessaires pour éliminer la tuberculose.

V. — Chez des hépatiques, on peut voir survenir des affections pulmonaires aiguës ou chroniques autonomes. Cependant, la tuberculose pulmonaire, surtout dans sa forme évolutive, est bien rare chez ces malades. Dans tous les cas, l'allure paroxystique et à répétition des manifestations respiratoires, leur caractère de superficialité, leur localisation à la base droite, l'influence favorable de la diététique et de la thérapeutique de la lithiase, permettront d'établir un lien entre les manifestations respiratoires et l'appareil hépato-biliaire.

VI. — La pathogénie de ces accidents peut être discutée; il est rationnel d'invoquer soit un mécanisme réflexe, soit une infection pulmonaire secondaire à l'infection des voies biliaires.

VII. — Le traitement de ces accidents sera avant tout étiologique; on sera très sobre de thérapeutique interne, on aura recours aux procédés externes : révulsion diathermie, etc., mais surtout, on appliquera le traitement de la lithiase.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	P. PIC.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 Novembre 1927.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- ALISON. — Contribution au diagnostic de la lithiase biliaire considérée en dehors de la colique hépatique. *Archives générales de Médecine*, 1887.
- BARIÉ. — *Revue de Médecine*, 1883.
- BONNET. — *Traité pratique des maladies du foie*.
- CADÉAC. — Cholécystites suppurées. *Thèse*, Paris 1890-1891.
- CHARCOT. — *Maladie du foie*.
- CHARCOT et BOUCHARD. — *Traité de Médecine*.
- CASSOUTE. — Un cas d'hémoptysie au cours de la colique hépatique. *Bulletin Médical*, 1897.
- CHAUFFARD. — La cholélithiase infectée. *Semaine Médicale*, 1904.
- La lithiase du cholédoque. *Semaine Médicale*, 10 janvier 1906.
- Leçons sur la lithiase biliaire.
- CYR. — Causes d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculeuse du foie. *Archives générales de Médecine*, 1890.
- *Traité des maladies du foie*.
- DEBOVE, ACHARD et CASTAIGNE. — *Maladies du foie et des voies biliaires*.
- DIEULAFOY. — *Pathologie interne*.
- DUBOIS. — Contribution à l'étude des réactions de la base droite au cours des affections hépatiques. *Thèse*, Paris 1922.

DUPRÉ. — Les infections biliaires. *Thèse*, Paris 1890.

FABRE. — *Relations pathogéniques des centres nerveux*, 1886.

— *Gazette des Hôpitaux*, 1877.

FAUCONNEAU-DUFRESNE. — *Traité de l'affection calculuse du foie*.

FERRARI. — Etude du signe respiratoire dans les processus irritatifs de la vésicule biliaire. *Thèse*, Paris 1924.

FIESSINGER. — Les petits signes de la lithias biliaire. *Journ. des Praticiens*, 1920, p. 218.

GARNIER et LEREBoullet. — *Traitement des maladies du foie*.

GILBERT. — Traitement de la lithias non infectée. *X^{me} Congrès des médecins français*.

GUÉNEAU DE MUSSY. — *Cliniques médicales*.

HANOT et GILBERT. — Etudes sur les maladies du foie.

HARLEY. — *Traité des maladies du foie*, traduit par Rodet.

LABADIE-LAGRAVE. — *Traité des maladies du foie*.

LANCEREAUX. — *Traité des maladies du foie et du pancréas*.

LAFON. — La lithias biliaire chez les vieillards.

LEJARS. — Les fausses lithias biliaires. *Semaine Médicale*, 1913.

LEGENDRE. — La lithias biliaire chez les vieillards. *Bulletin Médical*, 1909.

LUCIEN et PARISOT. — Cholécystites suppurées chez les vieillards. *Revue Médicale de l'Est*, 1905.

MAGNIN. — De quelques accidents de la lithias biliaire. *Thèse*, Paris 1869.

MAS. — Contribution à l'étude de la colique hépatique. *Thèse*, Montpellier 1891.

- MATIGNON. — Sur quelques faux hépatiques. *Revue Médicale d'Alger*, 1914.
- MAUBAN. — Les localisations douloureuses de la lithiase biliaire. *Gaz. des Hôp.*, 1^{er} avril 1903.
- MAUGER. — Formes cardio-pulmonaires de la lithiase. *Thèse*, Paris 1909-1910.
- MAURICE (Léon). — Localisations douloureuses de la lithiase biliaire. *Thèse*, Paris 1914.
- MONGOUR. — *Précis des maladies du foie et des voies biliaires*.
- MONNIER. — Formes cliniques cardio-pulmonaires de la lithiase biliaire chez les vieillards. *Gazette de Médecine de Nantes*, mai 1909.
- MOSSÉ. — Des accidents de la lithiase biliaire. *Thèse d'agrégation*, 1880.
- MURCHISON. — *Leçons cliniques sur les maladies du foie*.
- MUSSO. — Symptômes réflexes. *Bull. de la Méd. des Hôp., de Paris*, 1924.
- NAUNYN. — *Klinik der Cholelithiasis*.
- ORD. — *Congrès de Londres*, 1886.
- PAILLARD. — Sensibilité hépatique dorsale. *Journ. Médical Français*, 1923.
- PARTURIER. — *Sémiologie biliaire*.
- PECH. — *Thèse de Paris*, 1877.
- PIC et BONNAMOUR. — *Précis des maladies des vieillards*.
- POTAIN. — Des synergies morbides. *Gazette médicale*, 1879.
- QUÉNU. — Des indications opératoires de la lithiase biliaire. *Revue de chirurgie*, 1908.
- RAMOND (Félix), JACQUELIN, BORRIEN. — Quelques petits signes de la lithiase biliaire. *Soc. Méd. des Hôp.*, 4 novembre 1921.

RAMOND (F.) et PARTURIER. — Réflexes vésiculo-pulmonaires. *Soc. Méd. des Hôp.*, février 1924.

ROBIN. — *Traitement de la lithiase et de ses accidents.*

ROGER. — *Physiologie normale et pathologique du foie.*

SEÉ et JUNON. — Physiologie pathol. de la colique hépatique. *Bull. Méd.*, 1890.

SIMANOWSKI. — Zur Frage uber die Gallenkolik. In *Zeitschrift. f. Klin. Med.*, 1882.

TRASCOUR. — *Revue de Médecine*, 1883.

WILKIE. — A pulmonary sign in acute infections of the biliary tract. *Brit. Med. Journ.*, Londres, 1922.

